Rok LII. Kraków, dnia 29 listopada 1913. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie »typhobacillosis« Landouzyego

napisał

Prymaryusz Dr A. Krokiewicz.

Gruźlica w postaci ostrej zwykła przebiegać klinicznie i anatomicznie jużto w postaci nacieków rozlanych zapalnych, jużto w postaci guzków rozsianych i prosówkowych. Laënnec w r. 1819 opisał pierwszy atypową postać nacieków gruźliczych, charakteryzującą się nacieczeniem tkanki miąższu płucnego i rychłem jej zserowaceniem (pneumonia caseosa), co też później zostało potwierdzone przez Villemina klasycznemi doświadczeniami przeszczepienia tejże tkanki płucnej na zwierzętach, a przez Cornila wykryciem pośród niej prątków Kocha. Sprawę gruźliczą w postaci zmian rozsianych guzkowych i prosówkowych w narządach wewnętrznych, przypominającą ze względu na przebieg kliniczny gorączkę tyfoidalną, opisał pierwszy dokładnie w r. 1865 Empis; atoli tło etyologiczne należycie ocenił dopiero Laënnec.

Oprócz ostrej formy gruźlicy Laënneca i Empisa istnieje według Landouzyego odrębny trzeci typ, t. zw. »typhobacillosis«; Landouzy opisał ją w r. 1885. W przypadkach takich mamy ostrą postać gruźlicy ale bez gruzełków, okazującą przebieg kliniczny bardzo zbliżony do duru brzusznego. (Septicemies bacillaires aigues non folliculaires et bacilloses aigues non folliculaires. Revue du med. 1908). Aczkolwiek tyfobacyloza Landouzyego okazuje klinicznie przebieg, zbliżony bardzo do zakażenia prątkiem durowym Eberth-Gaffkyego, to jednak różni się od niego, gdyż gorączka w tej postaci ostrej gruźlicy okazuje tor mniej stały i ze znaczniejszemi wahaniami, niż przy durze brzusznym; również brak charakterystycznej durowej osutki (roseola) i znaczniejszych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego stanowi cechę wyróżniającą od duru brzusznego. Toż samo oględziny pośmiertne nie stwierdzają na zwłokach zmian właściwych dla duru brzusznego, tylko zmiany, spotykane przy ostrych chorobach zakaźnych, jak: ostry obrzęk śledziony, zwyrodnienie i ogniska zapalne w narządach wewnętrznych. Przy dokładnych poszukiwaniach można jednak niekiedy wykazać nieliczne gruzełki, usadowione jużto w szczytach płuc, jużto w innych narządach. Wogóle w przypadkach zejścia śmiertelnego z powodu tyfobacylozy Landouzyego nieznaczne zmiany na stole sekcyjnym stoją w niestosunku do ciężkich objawów klinicznych, spostrzeganych za życia i przemawiają za ciężkiem zakażeniem toksycznem, wywołanem prątkami Kocha.

Landouzy wyróżnia 3 postacie kliniczne tyfobacylozy:

1) Chory umiera w ostrym okresie; oględziny pośmiertne stwierdzają tylko zmiany właściwe ostremu zakażeniu (bacillosis).

2) Chory wraca do zdrowia po przebytej tyfobacylozie, lecz ozdrowienie to jest chwilowe, gdyż po pewnym czasie gruźlica, usadawiając się w jednym z narządów wewnętrznych, rozwija się dalej i wywołuje następowo zejście śmiertelne.

3) Chory — co się rzadko wydarza — powraca zupełnie do zdrowia.

Najczęstszą formę kliniczną tyfobacylozy Landouzyego stanowi przebieg choroby dwuczasowy, t. j. najpierw przetrwanie tyfobacylozy, a następnie rozwój zwykłej gruźlicy.

Istnienie tyfobacylozy Landouzyego przez długi czas było zapoznawane i dziś stanowi jeszcze punkt sporny z powodu bardzo skąpej liczby takich przypadków chorobowych, dokładnie spostrzeganych za życia i po śmierci. Szkoła niemiecka nie uznaje tyfobacylozy Landouzyego, wśród lekarzy francuskich posiada zapatrywanie Landouzyego nielicznych zwolenników.

Z początkiem roku 1913 miałem sposobność spostrzegać klinicznie na moim oddziale przypadek chorobowy, który może poniekąd przyczynić się do wyświetlenia tej sprawy.

F. B...., prostytutka, licząca lat 17, była leczona na oddziale chorych skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza (prym. Dr Borzęcki) od 9 listopada do 22 grudnia 1912 z powodu: Sclerosis initialis ad parietem vaginae. Lymphadenitis inguinalis specifica. Lues papulosa trunci et extremitatum. — Leczenie polegało na zastosowaniu 6 wstrzykiwań podskórnych oleju szarego (40%) Neissera, w ogólnej ilości 0·56 gr. Chora opuściła szpital w dniu 22. XII, skoro zmiany kiłowe zupełnie ustąpiły. Wkrótce jednak, bo w pierwszych dniach stycznia r. 1913 zaczęła znów niedomagać i dostawać kaszlu, silnego bólu głowy, tudzież ogólnego osłabienia. Ponieważ powyższe przypady zwolna, ale z coraz to większem nasileniem się pojawiały, zgłosiła się F. B.... w dniu 24 I. b. r. na oddział

chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza. Stan jej naówczas przedstawiał się następująco:

Osoba wzrostu nizkiego, nędznie odżywiona, o wątłej budowie. Skóra śniada; na szyi widoczne »leukoderma«. Gruczoły karkowe powiększone do wielkości małych orzechów laskowych, dość twarde. Układ mięśniowy i kostny bez zmian. Klatka piersiowa prawidłowa. Dolna granica płuca prawego w linii sutkowej sięga do 6. żebra, a lewego do 4. żebra; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej do 10. dolnego żebra; ruchoma. Odgłos opukowy wszędzie jawny. Szmery oddechowe zaostrzone, skąpymi świstami pokryte. Liczba oddechów 20 na minutę. Wymiary serca prawidłowe. Uderzenie koniuszkowe serca niewidzialne i niewyczuwalne. Tony serca głuche. Tętno drobne, regularne, miękkie, 112 na minutę. Język wilgotny, lekko obłożony. Łuki podniebienne zaczerwienione. Brzuch prawidłowo wysklepiony, niebolesny. W jelitach mierna ilość gazu i kału. Łaknienie upośledzone; stolec zaparty. Wątroba prawidłowa; śledziona nieznacznie opukowo powiększona, macalna. Mocz winnożółty, czysty; c. g. 1·021; oddziałuje kwaśno, zawiera chlorki w prawidłowej ilości i ślad białka dobrze spostrzegalny. Oddawanie moczu prawidłowe. Chora bardzo apatyczna, uskarża się na silny i uporczywy ból głowy. Odruchy skórne i ścięgniste bez zmian; lekkie wysadzenie gałek ocznych; szum w uszach. Bardzo znaczne ogólne osłabienie.

Badanie na oddziale chorób wenerycznych (Prym. Dr Borzęcki) nie wykazało obecności żadnych zmian kiłowych. Również badanie uszu na klinice laryngologicznej i usznej Uniw. Jagiellońskiego (Prof. Pieniążek) dało wynik ujemny. Badanie oczu na oddziale okulistycznym szpitala św. Łazarza (Prym. Dr Witaliński) wykazało, co następuje: dno obu oczu prawidłowe; żyły przekrwione — zwłaszcza na oku prawem — i nieznacznie pokręcone; oddziaływanie źrenic na światło i zbieżność prawidłowe.

25. I. ciepłota ciała rano 37·6°, a wieczorem 38·5° C; tętno 84, regularne; silne bóle głowy i w klatce piersiowej. Odczyn Fickera zupełnie ujemny. — 26. I. rano 37·9° C: wieczorem 38° C; silne bóle głowy, bezsenność. Chorej podano wewnętrznie rozczyn anyżu amonowego (liquor ammonii anisati) i aspirynę, zastosowano okłady lodowe na głowę, a na klatce piersiowej postawiono bańki suche. — 27. I. rano 38·7° C; wieczorem 38° C; tętno 100, regularne. Ciągły silny ból głowy, bóle w nogach, bezsenność; kaszel uporczywy; stolec zaparty. Podano olej rącznikowy. — 28. I. rano 38° C; w południe 37·5° C; wieczorem 38° C; po oleju kilka wolnych stolców, żółtawo zabarwionych; zresztą stan tensam. — 29. I. rano 37·8° C; w południe 39° C; wieczorem 39° C. Tętno 100, drobne. Język suchy, obłożony; stolec zaparty; silny, ustawiczny ból głowy. Źrenice wązkie, prawie nie oddziałują ani na światło ani na zbieżność. Na skórze twarzy swędzenie i plamy rozlane czerwonawe (erythema). Z tyłu w dolnych częściach klatki piersiowej odgłos opukowy krótszy, zwłaszcza po stronie prawej; tamże szmery oddechowe pokryte licznymi świstami i furczeniami i rzężeniami drobno-bańkowemi i średnio-bańkowemi. Liczba oddechów 24. Śledziona tkliwa przy głębokim wdechu. — 30 I. Rano 38·5°; w południe 37·5° C; wieczorem 36·7° C. Zresztą stan tensam, tylko śledziona wyraźnie macalna i bolesna. Odczyn Fickera drugi raz zupełnie ujemny. Badanie krwi zmian ważniejszych nie wykazuje. Ilość krwinek białych na czczo 10200.— 31 I. Rano 39·3° C; w południe 39° C; wieczorem 39·1° C. Liczba oddechów 32; tętno 116. Stan płuc niezmieniony. Chora w nocy bardzo niespokojna, zrywa się, bredzi. Język suchy, obłożony. Silne pragnienie. Silny ból głowy. Po lawatywie jeden stolec. — 1. II. Rano 37·7° C; w południe 38·5° C; wieczorem 38° C; stan tensam. — 2 II. Rano 38·5° C; w południe 37·5° C; wieczorem 38·5° C. Liczba oddechów 32 na minutę. Uporczywy kaszel. Plwociny skąpe, śluzowo-ropne, nie zawierają prątków Kocha. W płucach stan niezmieniony. Tony serca głuche; tętno 120, miękkie, regularne. Ból głowy silny w okolicy wyrostka sutkowego prawej kości skalistej. Szum w uszach. Dwa wolne żółtawe stolce bez oleju i bez lawatywy. — 3. II. Rano 38·6° C; w południe 38·9° C; wieczorem 37·5° C. Śledziona powiększona, macalna, bolesna, zresztą stan tensam. — 4. II. Rano 37·7° C; w południe 37° C; wieczorem 38·1° C. Bezsenność, silne bóle głowy, śpiączka w dzień, a majaczenie w nocy; silny kaszel ze skąpą plwociną śluzowo-ropną; zresztą stan tensam. — 5 II. Rano 39° C; w południe 38·7° C; wieczorem 36·9° C. Liczba oddechów 28; tętno 124, drobne, miękkie, regularne. Kaszel mniejszy; w płucach mniej rzężeń. Ruchy w karku swobodne. Silny ból głowy i wzdłuż mostka. Stolec zaparty. — 6. II. Rano 37·5° C; w południe 40·2°; wieczorem 37·6° C. Chora majaczy, zrywa się; język obłożony, wilgotny. Stolce po lawatywie. Kaszel silny. Liczba oddechów 26, a tętno 120 na minutę. Noc bezsenna. — 7 II. Rano 38·6° C; w południe 37·3° C; a wieczorem 38·7° C. Tętno 110, miękkie, regularne. Silny kaszel. Plwocina skąpa, ropna, nie zawiera prątków Kocha. Stan płuc i serca niezmieniony. Leukocytoza na czczo 10800 Chora po wstrzyknięciu podskórnem pantoponu (0,02) spała. Stolec zaparty. Śledziona macalna, tkliwa. — 8. II. Rano 39·4° C; w południe 38·2° C; wieczorem 38·6° C. Chora w nocy spokojna; przez dzień senna (pantopon 0·02). Dwa stolce grochówkowate obfite. Kaszel mniejszy. Ból głowy silny. W płucach stan tensam. Tętno 120, miękkie, regularne. Język podsychający. — 9. II. Rano 38·1° C; w południe 38·4° C; wieczorem 37° C. Bezsenność, silny ból głowy, odurzenie. Tętno 120, drobne, miękkie, regularne. Nad ujściami żylnemi i tętniczemi przy pierwszych tonach podmuchy. Po stronie lewej z tyłu i w dole klatki piersiowej odgłos opukowy krótszy; tamże szmery oddechowe silnie zaostrzone i pokryte świstami i furczeniami i dość licznemi rzężeniami drobnobańkowemi. Oddawanie moczu i kału prawidłowe; jeden stolec wolny żółtawy na dobę. — 10. II. Rano 38·9° C; w południe 38·4° C; wieczorem 39·4° C. Tętno 120, miękkie, regularne. Chora w nocy bardzo niespokojna, majaczy; oddaje mocz i kał pod siebie bezwiednie; zresztą stan tensam. — 11. II. Rano 38·8° C; w południe 39·7° C; wieczorem 39·4° C. Chora w nocy spała (pantopon 0,02). Liczba oddechów 46, przyczem od czasu do czasu występuje bezdech (apnöe). Po bezdechu oddechy przyspieszone jednostajnie, bez typu właściwego objawom Cheyne-Stockesa, t. j. bez oddechów powierzchownych i zwolnionych. Z tyłu w dolnych częściach klatki piersiowej po obu stronach przytłumienie i szmery oddechowe osłabione; z głębi słychać rzężenia średniobańkowe dość liczne. Serce prawidłowych rozmiarów. Tony serca głuche. Tętno drobne, miękkie, regularne; 120. Język suchy, brzuch miernie wzdęty; brak łaknienia. Stolec po lawatywie. Śledziona macalna, lekko bolesna. Wzrok i słuch prawidłowy. Silny i ustawiczny ból głowy; odurzenie. Mocz zawiera ślad białka. — 12. II Rano 38·3° C; w południe 37·3° C; wieczorem 38·5° C. Tętno 100, regularne, dość dobrze napięte. Język suchy, pragnienie wzmożone, łaknienie upośledzone. Stolec po lawatywie. Ból w okolicy wyrostka sutkowego kości skalistej lewej. Słuch dobry; liczba oddechów 24; zresztą stan tensam. — 13. II Ciepłota ciała rano 39° C; w południe 39·1° C; wieczorem 39° C. Wysadzenie oka prawego znaczniejsze. Tętno 120. Liczba oddechów 20; oddychanie regularne, swobodne. W dolnej i tylnej części klatki piersiowej po stronie prawej odgłos opukowy krótszy; tamże szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte skąpemi rzężeniami. Plwociny skąpe, ropne. Po użyciu pantoponu noc spokojna. — 14 II. Rano 39·2° C; w południe 39° C; wieczorem 38·5° C. Tętno 100, regularne, miękkie. Liczba oddechów 44 na minutę; w płucach stan niezmieniony. Język podsychający; brzuch nieco wzdęty, tkliwy; jeden wolny stolec. Śledziona miękka i bolesna. W nocy majaczenie. Odczyn Fickera po raz trzeci zupełnie ujemny.

15. II. Rano 37·7° C.; w południe 39·5° C.; wieczorem

39·3° C. Tętno 120, drobne, miękkie. Liczba oddechów 36 na minutę. Język wilgotny, obłożony; jeden stolec wolny; silne bóle głowy. Lekka sztywność karku.

Wykonano nakłucie lędźwiowe (stwierdzono wysokie ciśnienie płynu) dla uzyskania płynu mózgowordzeniowego; równocześnie utoczono krew z żyły środkowej lewej. Tak płyn mózgowordzeniowy, jak i krew, poddano badaniu bakteryologicznemu w pracowni mikrobiologicznej Uniw. Jagiel. (Prof. Nowak), które przedsięwziął asystent Dr Gieszczykiewicz. Badanie stwierdziło tak we krwi, jak i w płynie mózgowordzeniowym wyłącznie tylko prątki kwasoodporne Kocha; brak zupełny innych bakteryi.

16. II. Rano 40° C.; w południe 38·8° C.; wieczorem 37·7° C. Chora przez całą noc bardzo niespokojna; majaczy, ciągle się zrywa i krzyczy. Tętno 116, drobne, regularne, dość dobrze napięte. Liczba oddechów 26. Jeden wolny stolec; zresztą stan ten sam. — 17 II. Rano 37·8° C.; w południe 40·2° C.; wieczorem 39·6° C. Tętno 96, dość dobrze napięte, regularne. Liczba oddechów 20 na minutę. W dole i z tyłu po obu stronach klatki piersiowej — zwłaszcza po lewej — liczne drobne rzężenia, pokrywające wdech i wydech. Bezsenność; ból głowy ciągły; odurzenie. — 18. II. Rano 38·4° C.; w południe 38·1° C.; wieczorem 37·8° C. Chora w nocy bardzo niespokojna pomimo wstrzyknięcia pantoponu (0·02); doznaje silnych napadów kaszlu i wypluwa dużo pienistych, śluzowych plwocin. Dwa wolne żółte stolce; zresztą stan tensam. — 19. II. Rano 39·2° C.; w południe 39·2° C.; wieczorem 39·6° C. Tętno 120, dość dobre. Liczba oddechów 24; oddechy prawidłowe. Z tyłu i w dole klatki piersiowej, począwszy od dolnego kąta łopatki ku podstawie płuc, przytłumienia; tamże szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte licznemi rzężeniami. Sledziona macalna, w moczu ślad białka. Odczyn dwuazowy ujemny. Chora wogóle spokojniejsza; ból głowy nieco mniejszy. Jeden stolec wolny. — 20. II. Rano 39° C.; w południe 38° C.; wieczorem 39·5° C. Liczba oddechów 26, a tętno 116 na minutę. Brak zupełny łaknienia, zresztą stan tensam. — 21. II. Rano 37·5° C.; w południe 37·3° C.; wieczorem 40·8° C. Tętno drobne, miękkie, 120; liczba oddechów 30. Dwa wolne stolce. Ból głowy mniejszy; zresztą stan ten sam. — 22. II. Ciepłota ciała rano wynosiła 39·5 C, a wieczorem 38·6° C. W nocy silny napad dusznicy, przyczem liczba oddechów wynosiła 4—5 na minutę, również i tętno bardzo osłabione, stało się nitkowatem i zaledwie wyczuwalnem. Po wstrzyknięciu 5 gr. olejku kamforowego wkrótce napad ów przeminął. Chora całą noc majaczy. Rano tętno drobne, miękkie, 100; liczba oddechów 30; bardzo znaczne osłabienie; brak łaknienia; 2 wolne stolce; zresztą stan niezmieniony. — 23. II. Ciepłota ciała rano 38° C., a wieczorem 39° C. Chora przytomna, spokojniejsza. Ból głowy mniejszy. Brak zupełny łaknienia. Język wilgotny, lekko obłożony. Liczba oddechów 29, oddychanie swobodne. Na klatce piersiowej w tylnych i dolnych częściach wyraźne stłumienie od dolnego kąta łopatki do 10. żebra; tamże szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte dość licznemi rzężeniami. Kaszel mniejszy, plwocina obfita, śluzowo-ropna, nie zawiera prątków Kocha. Tętno 120, miękkie, drobne, tony serca bardzo głuche. Obrzęk policzka lewego. Mocz zawiera ślad białka. Stolec prawidłowy. W nocy nagłe zejście śmiertelne.

Rozpoznanie kliniczne ze względu na wynik badania bakteryologicznego opiewało: Meningitis basilaris tuberculosa. Processus bacillosus pulmonum et renum in luetico.

Oględziny pośmiertne, dokonane przez Prof. Dra Glińskiego w Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w dniu 24. II b. r. wykazały, co następuje.

Rozpoznanie anatomiczne: Enteritis diphtheritica superficialis intestini crassi. Nephritis parenchymatosa acuta Bronchopneumonia dispersa loborum inferiorum pulmonis utriusque. Tumor lienis acutus. Degeneratio adiposa hepatis. Hypoplasia cordis, aortae. Myocarditis fibrosa dispersa (prob. luetica).

Budowa wątła; odżywienie średnie; skóra blada; podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta, w tkance podskórnej niema obrzęków.

Czaszka symetrycznie wysklepiona; grubość kości prawidłowa. Opona twarda łatwo oddziela się od kości, prawidłowo gruba, po stronie wewnętrznej gładka. Zatoki żylne zawierają mierną ilość wiotkich skrzepów. Opony miękkie wszędzie cienkie, gładkie, lśniące, miernie ukrwione; zresztą niezmienione; w szczególności nigdzie na nich nie stwierdzono zmian gruźliczych. Mózg zbitości prawidłowej, miernie ukrwiony. Przy bardzo szczegółowem badaniu nie okazuje żadnych zmian. Komórki mózgowe rozszerzone, wyściółka ich gładka, móżdżek, most Varola i rdzeń przedłużony zupełnie prawidłowe.

Błona śluzowa gardła, krtani, tchawicy, przełyku — blada, bez zmian. Błona śluzowa dziąseł blada, bez owrzodzeń. Tarczyca nie powiększona, makroskopowo niezmieniona. Jamy opłucne żadnej treści nieprawidłowej nie zawierają. Opłucna wogóle cienka, gładka, jedynie tylko tu i owdzie w płatach dolnych ogniskowo na małej powierzchni silniej nastrzykana, zasiana wybroczynami, przyćmiona i pokryta delikatnymi nalotami włóknika. W płatach dolnych obydwu płuc znajdują się rozsiane, dość liczne, drobne (wielkości ziarnka grochu i nieco większe) ogniska częściowo czerwone, częściowo szarawe, otoczone różowym rąbkiem, zbitsze od otoczenia, ziarniste na przekroju, bezpowietrzne, kruche, z których daje się wycisnąć nieco cieczy mętnej, bezpowietrznej; tu i owdzie w środku niektórych z tych ognisk widoczny jest przekrój drobnego oskrzela. Poza tem płuca są miernie ukrwione, w częściach przednich nawet dość blade, wszędzie prawidłowej zbitości i spoistości; miąższ ich za uciskiem zalewa się cieczą pienistą, jasną, skąpą w częściach górno-przednich, a obfitą w częściach dolnych tylnych. Błona śluzowa oskrzeli, zwłaszcza gałęzi zaopatrujących płaty dolne, jest silniej przekrwiona, pulchna, pokryta sporą ilością wydzieliny śluzowo-ropiastej (zwłaszcza w drobniejszych oskrzelach). Gruczoły przy wnęce płuc lekko powiększone, dobrze ukrwione, miękkie, zawierają złogi pyłu węglowego. Ognisk serowatych lub zmian podejrzanych co do gruźlicy nie stwierdzono ani w gruczołach oskrzelowych, ani w szyjnych, ani okołotchawicznych i śródpiersiowych.

W worku osierdziowym łyżeczka cieczy surowiczej, jasnej. Osierdzie cienkie, gładkie, lśniące. Serce małe (mniejsze od pięści osobnika). Tętnice wieńcowe bez zmian. Pojemność i grubość mięśnia odpowiednia do wymiarów serca. Zastawki niezmienione. Na przekrojach mięśnia komórki lewej stwierdzono obecność paru drobnych, białych, twardych, zapadniętych pod powierzchnię ognisk bliznowatych. Tętnica główna wązka, o ścianach cienkich, zresztą narząd krążenia bez zmian.

Jama brzuszna żadnej nieprawidłowej treści nie zawiera. W miednicy małej dość rozległe, miernie ścisłe zrosty około macicy i części dodatkowych, przyczem macica jest pozrastana z przednią ścianą odbytnicy. Otrzewna poza zrostami wszędzie gładka, lśniąca, cienka. Śledziona miernie, lecz wyraźnie powiększona; miąższ jej ciemno-wiśniowy, miękki, kruchy; grudki wyraźne, powiększone. Nerki powiększone, bardzo wiotkie i soczyste. Torebka schodzi łatwo, powierzchnia nerek gładka; na przekroju istota korowa szeroka, wypukla się ponad powierzchnię, szarawożółtawo zabarwiona z kłębkami wyraźnie występującymi w postaci czerwonych punkcików; budowa pasmowa mało wyraźna. Wątroba wielkości prawidłowej, nieco wiotsza;

na przekroju budowa zrazikowa dość wyraźna, miąższ nierównomiernie żółtawo zabarwiony. Błona śluzowa jelita biodrowego nierównomiernie silniej nastrzykana, rozpulchniona, pokryta sporą ilością gęstego mętnego śluzu. Grudki odosobnione wyraźnie obrzękłe. Zmiany te jeszcze wybitniej występują w całem jelicie grubem, w którem prócz tego błona śluzowa, zwłaszcza na szczytach fałdów, pokryta jest szarymi otrębiastymi nalotami, nie dającymi się zdjąć; naloty te, bardzo obfite w odbytnicy, esicy i okrężnicy zstępującej, są mniej obfite w częściach dalszych, a bardzo nieliczne w kiszce ślepej. Treść jelita grubego jest płynna, kałowa, krwią nie podbarwiona. Macica pozrastana z otoczeniem, zresztą niezmieniona. Jajnik i jajowody pozrastane ze sobą i z otoczeniem; jajowody wyraźnie zgrubiałe (dochodzą grubości małego palca); ich ujścia brzuszne pozarastane; w świetle jest ciecz ropiasta; błona śluzowa zgrubiała, pulchna. Gruczoły krezkowe powiększone, niektóre do wielkości małych orzeszków, przekrwione, soczyste. Ognisk podejrzanych w kierunku gruźlicy nie znaleziono.

Badanie mikroskopowe wycinków płuc stwierdziło w nich obecność ognisk zapalnych włóknikowych; ognisk gruźliczych nigdzie nie stwierdzono.

(Dokończenie nastąpi).

Wegetaryanizm i jego zastosowanie w lecznictwie.

Podał

Dr Zygmunt Wachtel

asystent kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

O ile człowiek spożywa pokarm, przedstawiający więcej kaloryi, niż potrzeba do utrzymania równowagi azotowej, to nadmiar ponad potrzebne kalorye tłuszczu i węglowodanów osadza się w postaci tłuszczu w ustroju, białko bowiem w całości w ustroju się rozpada i wydziela się nerkami, nigdy zaś nadwyżka jego nie pozostaje w ustroju. O ile zaś człowiek spożywa stale pokarm, przedstawiający mniej kaloryi, to spotrzebowuje przedewszystkiem nadwyżkę tłuszczu, osadzonego w ustroju, a skoro tego już nie starczy, zaczyna spalać białko komórkowe. W każdej komórce ustrojowej odbywa się zawsze rozkład białka, a przyczyną tego jest ferment, który się w każdej komórce tworzy. Wogóle komórka ustrojowa potrafi bardzo dużo białka zapotrzebować, ale chodzi tu o tę najmniejszą ilość białka, przy której ustrój może jeszcze utrzymać się w równowadze azotowej.

Doświadczenia Voita i Constantiniego dowiodły, że człowiek zdrowy, ważący 70 kilogramów, potrzebuje do utrzymania się w równowadze azotowej przez jedną dobę 118 gramów białka; byłoby to po potrąceniu 10% na kał około 1·5 gramów na kilogram wagi ciała. Scheube, a następnie Bälz w Japonii w późniejszych swych pracach, przekonali się, że nawet człowiek ciężko fizycznie pracujący potrzebuje na dobę o wiele mniej białka, niż Voit obliczył, a dalsze doświadczenia, wykonane przez Hirschfelda, Kumagawy, Klemperera, Neumana i Chittendena dowiodły, że można utrzymać ustrój w równowadze azotowej przy znacznie mniejszej ilości białka. Według tych autorów już 0·5 gramów na kilogram wagi ciała wystarczy zupełnie do utrzymania równowagi azotowej; oczywiście są pewne wahania, zależne od chwili, w jakiej badany się znajduje. W dalszym ciągu swoich prac przekonali się ci wszyscy badacze, że tylko wtedy wystarcza ta mała ilość białka, jeżeli równocześnie do ustroju odpowiednio do zmniejszonej ilości białka wprowadzano więcej tłuszczu i węglowodanów i w ten sposób starano się po części zastąpić białko węglowodanami. Doświadczenia te wykazały również, że na krótki czas można nawet i tę ilość białka zmniejszyć bez jakiejkolwiek szkody dla ustroju.

Wiadomą jest rzeczą, że im więcej kaloryi wydaje 100 gramów pewnego pokarmu lub potrawy, tem one są pożywniejsze; doświadczalnie również stwierdzono, że im więcej pewien pokarm wytwarza ciepła, tem mniejsza jego ilość wystarcza do odżywienia, a liczba kaloryi, którą wydają wszystkie pokarmy i napoje, spożyte w ciągu doby przez dorosłego człowieka, powinna wynosić 2556. W tych może być zmieniony wzajemny stosunek liczby kaloryi, pochodzących od tłuszczów i węglowodanów, lecz nie można o wiele zmniejszyć i zastąpić liczby kaloryi, pochodzących od spożytego białka.

Przy żywieniu chorych powinniśmy się starać zbliżyć do tego, aby chory spożył na dobę ilość pokarmów o wartości 2000 do 2500 kaloryi. Jeżeli spożywa mniej, to ciężar jego spada; jeżeli zaś spożywa więcej i dobrze pokarmy trawi, to zyskuje na wadze. Pokarmy te jednak nie powinny się składać przeważnie z istot białkowych, gdyż przybytek na wadze nie zależy zupełnie od ilości wprowadzonego do ustroju białka, a każda ilość wprowadzonego białka w całości rozpada się w ustroju. Wogóle wprowadzamy do ustroju z pokarmami o wiele więcej białka, niż koniecznie nam potrzeba do utrzymania równowagi azotowej.

Po tych ogólnych uwagach z fizyologii odżywiania przystępuję do głównego punktu, a mianowicie, czy ludzie zdrowi przy swoich codziennych zajęciach mogą się utrzymać w równowadze azotowej przy dyecie wyłącznie roślinnej.

Odpowiedź w tym kierunku początkowo oparta była na praktycznych przykładach, a przykłady były tylko przez zwolenników wegetaryanizmu przytaczane, bez najmniejszego uzasadnienia naukowego. Dopiero, kiedy Teodor Hahn, jeden z najzaciętszych zwolenników wegetaryanizmu, w r. 1869 w swem dziele o wegetaryanizmie, zarzucił całemu uczonemu światu, że nauka, która zwykle odrzuca lub przyjmuje pewne zasady lub twierdzenia po zrobieniu odpowiednich doświadczeń, wegetaryanizm z góry, jako nie nadający się do roztrząsań naukowych, odrzuciła, — wtedy dopiero powstał w świecie naukowym ruch i niektórzy fizyologowie podjęli doświadczenia nad wegetaryanizmem. Jakkolwiek i dzisiaj wieleby się w tym kierunku dało jeszcze zrobić, to jednakowoż badania ostatnich kilku lat z zakresu fizyologii odżywienia przysporzyły nam niemało wiadomości, które także dla medycyny praktycznej nie są bez znaczenia. W r. 1882 przeprowadził Kramer badania nad przemianą materyi u jaroszów, ale badania jego nie mają wartości, gdyż osoby, użyte do badań, spożywały prócz roślinnych pokarmów — mleko, masło i jaja. Donioślejsze w tym kierunku były badania Hartmana (w r. 1885), który przez 224 dni spożywał tylko roślinne potrawy; ograniczył

się on do badania ciężaru własnego i przekonał się, że utrata na wadze była dość znaczna.

Dokładne badania u ludzi, którzy byli na wyłącznie roślinnej dyecie, przeprowadził dopiero Voit i jego asystent Constantinidi. Podawali oni badanym chleb Grahama, jabłka, pomarańcze, daktyle i oliwę. W tych pokarmach było na dobę 54·2 gramów białka, 22 gramów tłuszczu i 557 gramów węglowodanów, czyli 2700 kaloryi. Okazało się jednak, że wessalność tych pokarmów w przewodzie pokarmowym nie bardzo korzystnie się przedstawia, gdyż z białka spożytego 41% zostało wydalone z ustroju jako niezużyte, z tłuszczu 31%, a z węglowodanów 6%. Ta ilość białka, która została spalona w ustroju, nie wystarczała badanej osobie do utrzymania się w równowadze azotowej i osoba ta traciła dziennie 2·5 gramów z białka ustrojowego. Dalsze badania Rumpfa, Kumagawy, Klemperera, Balza, Sivena i Hirschfelda dowiodły, że wprawdzie pokarmy roślinne zawierają dostateczną ilość białka, wystarczającą do utrzymania równowagi azotowej, dalej, że białko roślinne niczem nie różni się od białka zwierzęcego (chyba tylko tem, że nie zawiera albuminoidów, które tworzą istoty klejowate), jednakowoż to białko jest trudniej dostępne, gdyż znajduje się w błonniku (cellulozie) i z tym zostaje często wydalone z kałem z ustroju. Dlatego też, choćby było w potrawie roślinnej ilościowo więcej białka, aniżeli w potrawie mięsnej, to jednakowoż kilkadziesiąt odsetek białka zostaje z ustroju wydalone bez użytku. Tem się też tłómaczy, że prawdziwi wegetaryanie, mimo, że bardzo często jedzą przez cały dzień, chodzą głodni. Aby dostateczna ilość białka została w ustroju, muszą oni spożywać o wiele większą ilość pokarmów, by ustrój utrzymać w równowadze azotowej.

Wobec tego należy się zastanowić, czy przewód pokarmowy u człowieka jest odpowiednio zbudowany, by zdołał tak wielką ilość pokarmów roślinnych dla swoich celów przerobić, by z nich odpowiednia ilość białka dostała się do ustroju. Badania w tym kierunku przeprowadzili Bunge, Hüppe i Caspari. Głównie Caspari udowodnił, że nasz przewód pokarmowy jest za krótki i ma za małą powierzchnię wchłaniającą, by mógł tak wielką ilość pokarmów odpowiednio przerobić i zużytkować.

Jednakże wegetaryanie powołują się na anatomię porównawczą i wywodzą, że człowiek, najbardziej zbliżony budową anatomiczną do małpy, ma też podobny przewód pokarmowy, przystosowany do pokarmów roślinnych.

Jeżeli porównamy uzębienie u człowieka i u małp, to rzeczywiście niema w niem wielkiej różnicy, ale o przewodzie pokarmowym nie możemy sądzić, gdyż badania w tym kierunku po dziś dzień nie są dość jasne.

Custor i Aeby wykonali odpowiednie doświadczenia nad wielkością powierzchni wchłaniającej i stosunkiem jej do wagi ciała u różnych zwierząt jakoteż u człowieka i znaleźli, że na 1 gram wagi i długości ciała, przypada centymetrów kwadratowych powierzchni jelit:

u lwa	0·24
» psa	0·26
» człowieka . . .	0·29
» kota	0·55
» owcy	0·87
» małpy	0·91
» zająca	1·51
u królika	2·05
» morskiej świnki .	2·36

i według tej tabeli starali się oznaczyć, do jakiej grupy zwierzę należy.

Według tego obliczenia możnaby człowieka zaliczyć do wszystkożernych. Niektórzy zarzucali, i zupełnie słusznie, że obliczenie to nie może być dokładne, gdyż przez długość ciała u zwierząt rozumiano długość kręgosłupa, a człowieka mierzymy wraz z kończynami. Z tej tabeli wynika, że powierzchnia wchłaniająca jelita stoi w odwrotnym stosunku do wagi i długości ciała, a więc, im zwierzę mniejsze, tem powierzchnia wchłaniająca jego jelit jest większa. Pokazało się jednak później, że i to obliczenie było błędne, gdyż, jak obecnie wiadomo, nie długość jelit i ich zewnętrzna powierzchnia stanowi o wielkości powierzchni wchłaniającej, ale wewnętrzna ściana jelit, której powierzchnia wchłaniająca zależna jest od fałdów błony śluzowej, mających ważną czynność podczas trawienia.

Wszystkie te naukowo wykonane doświadczenia doprowadziły do następującego wniosku: Białko roślinne jako takie może być pod względem wessalności postawione na równi z białkiem zwierzęcem, ale należy równocześnie o tem pamiętać, że czyste białko roślinne prawie nigdy nie dostaje się do przewodu pokarmowego, ponieważ znajduje się w roślinach, które znacznie utrudniają wessalność białka w przewodzie pokarmowym.

Nieświadomi tych zasad fizyologii odżywienia, popełniają wegetaryanie błąd, polecając chleb, który zawiera wiele ziarn niezmielonych, jako łatwo strawny, głównie dlatego, że w nim znajdują się ziarna, które mają być pomocne przy trawieniu. W rzeczywistości mają takie chleby znaczenie tylko w przewlekłych zaparciach stolca, gdzie te niezmielone ziarna pobudzają mechanicznie ruchy robaczkowe jelit i wywołują stolec, ale białko, w ziarnach zawarte, wychodzi z ustroju niezużyte. Podobnie ma się rzecz z wszystkimi pokarmami roślinnymi, które spożywamy w stanie surowym. Dlatego też nowocześni wegetaryanie nie spożywają roślin i owoców surowych, lecz przegotowane, i w ten sposób stwarzają dla ustroju łatwiejszy dostęp do białka roślinnego.

Nowsze doświadczenia dowiodły, że przy dyecie czysto roślinnej, wydalamy z kałem 4 gramy azotu, zupełnie dla ustroju straconego, przy dyecie mieszanej 1·5 grama, a przy dyecie mięsnej tracimy tylko 1 gram azotu. Już więc z czysto ekonomicznych względów nadaje się do stałego odżywienia bardziej dyeta mieszana, przy której z kałem wydalamy do 20% białka, przy dyecie natomiast czysto roślinnej tracimy czasem do 40% białka. Tem sobie też tłómaczymy, o czem już wyżej wspomniałem, że wegetaryanie cały dzień chodzą głodni.

Dalszym powodem, który przemawia przeciw czysto roślinnej dyecie u człowieka, jest to, że ustrój przy dyecie roślinnej musi spożyć znacznie większą ilość pokarmów, by utrzymać się w równowadze azotowej, aniżeli przy dyecie mieszanej. I tak obliczono na ilość przy dyecie roślinnej 350 gramów pokarmów, przy dyecie mieszanej 200—250 gramów, a przy mięsnej tylko 150 gramów. Już więc z tych powodów nie można dyety roślinnej wyżej cenić, aniżeli dyetę mieszaną, jakkolwiek w niektórych stanach chorobo-

wych, o których później wspomnę, jest dyeta roślinna bardzo cenną.

Obecnie chciałbym jeszcze przytoczyć kilka przykładów praktycznych dla objaśnienia, czy człowiek przy roślinnej dyecie może zupełnie prawidłowo żyć i pracować bez szkody dla ustroju. Przykłady, przytaczane w broszurach wegetaryańskich, a podawane przez zaciętych zwolenników wegetaryanizmu w celach reklamy, nie mają żadnej wartości. Jednakowoż w ostatnich kilkunastu latach pojawiły się dość liczne prace w tym kierunku, oparte na naukowych doświadczeniach. Według twierdzenia praktycznych wegetaryanów, mają być ludzie, będący stale na roślinnej dyecie, o wiele wytrwalsi, potrafią dłużej ciężko pracować, aniżeli ludzie na dyecie mięsnej, względnie mieszanej. Wegetaryanie opierają się na tem, że zwierzęta roślinożerne bardzo wytrwale i długo potrafią dźwigać nawet bardzo znaczne ciężary, mięsożerne natomiast prędzej się męczą i są mniej wytrwałe. Fakta te tylko napozór wydają się prawdziwe, a przy głębszem rozważeniu można się przekonać, że właściwie tak nie jest. Naprzykład koń, który potrafi długo i wytrwale ciągnąć znaczne ciężary, w rzeczywistości jednak nigdy nie udźwignie na sobie ciężaru, któryby miał wagę jego ciała; natomiast zwierzę mięsożerne, np. lew, potrafi nawet przez kilkanaście metrów nieść w paszczy zwierzę o większym ciężarze, niż on sam Wiadomą jest również rzeczą, że robotnicy, będący na mieszanej dyecie, dźwigają często na plecach ciężary o kilkadziesiąt kilogramów przekraczające wagę ich ciała, a robotnicy na dyecie czysto roślinnej są o wiele słabsi. Można to zauważyć u Hindusów, którzy są prawdziwymi wegetaryanami; pracując równocześnie z robotnikami, będącymi na mieszanej dyecie, pozostają oni zawsze z robotą w tyle i często można obserwować u robotników portowych, np. przy ładowaniu okrętów, że na to, co w pewnym czasie zrobi jeden robotnik europejski, potrzeba nieraz dziesięciu Hindusów. Przykłady, jakie często przytaczają wegetaryanie w swoich broszurach o wytrwałości i sile Chińczyków i Japończyków, (mimo, że są to wegetaryanie), są prawdziwe, ale nie można ich brać ściśle tak, jak są podawane. Naprzykład w opowiadaniu o Japończyku, który w tym samym czasie wyszedł na górę, jak koń ciągnący wózek, nie ma nic nadzwyczajnego, pod górę bowiem koń nie potrafi prędzej ciągnąć i człowiek może z łatwością nawet szybciej zajść. Dalej czyta się często, że Chińczycy, którzy odżywiają się tylko ryżem, potrafią biedz 30 kilometrów z wózkiem, w którym siedzi człowiek, ważący 70 kg. Jest niewątpliwie prawdą, że Chińczyk, w tym kierunku wyćwiczony, potrafi taką przestrzeń bez odpoczynku przebiedz, ale że Chińczycy ci niezawsze żywią się czysto roślinną dyetą, miałem sam sposobność się przekonać, gdyż widziałem, jak taki Chińczyk podczas odpoczynku zjadł nietylko przynajmniej 500 gramów ryżu, ale i całą kurę. Takich przykładów możnaby jeszcze więcej przytoczyć.

Wiadomo zresztą obecnie, że jakość pokarmów nie wpływa na siłę mięśniową i że przy pracy ustrój spala więcej węglowodanów i tłuszczów, a wydalanie azotu, który jest miarą rozpadu białka, ulega bardzo małej zmianie. Źródłem bowiem siły mięśniowej w ustroju są tłuszcze i węglowodany. Przy większej pracy spalamy o tyle więcej białka, pobranego z pokarmów, o ile jest ono konieczne do zastąpienia białka mięśniowego, które przy pracy szybciej się rozpada. Dlatego też tem bardziej podczas uciążliwej pracy nie powinno się zmniejszać ilości białka w pokarmach.

Wegetaryanie jednak tłómaczą to inaczej, wychodząc z tej zasady, że człowiek przy pracy spala głównie węglowodany i tłuszcze. Wobec tego potrzebuje człowiek — ich zdaniem — spożyć tylko bardzo małą ilość białka, wystarczającą do utrzymania go w równowadze azotowej, a rozpad białka komórkowego dopiero wtedy następuje, jeżeli w pokarmach nie ma nawet tej małej ilości białka, niczem nie dającej się zastąpić. Zapominają również wegetaryanie, że siła mięśniowa zależy nietylko od pokarmów, jakie wprowadzamy do ustroju, ale także od rozwoju samych mięśni, co jest zwykle wrodzone, a że według twierdzeń wegetaryanów białko roślinne bardziej się nadaje do pokrycia ubytku białka komórkowego, to chyba są już tylko niczem nie uzasadnione przypuszczenia.

Z drugiej strony przesadą jest powszechna wśród laików wiara, że przez wprowadzenie do ustroju większej ilości białka zwiększa się siłę mięśniową. Te poglądy doprowadziły do nadmiernego spożywania mięsa, które nietylko nie jest uzasadnione, ale jest wprost dla ustroju szkodliwe i wiele chorób powstaje z powodu nadmiernego spożywania mięsa, a wogóle ludzie obecnie o wiele więcej jedzą, aniżeli to jest konieczne do utrzymania równowagi azotowej. Ilość białka, obliczona przez Voita, jako konieczna do utrzymania się w równowadze azotowej, okazała się przy późniejszych badaniach za wielka (125 gramów przekracza granicę konieczności, a do utrzymania równowagi azotowej wystarcza już o 30% mniej). A że nawet i wegetaryanie przyznają, iż pewna mała ilość białka jest konieczna do utrzymania równowagi azotowej, zwłaszcza przy każdej pracy fizycznej, to dlaczegóż nie mamy użyć białka zwierzęcego, które jest łatwiej dostępne, niż roślinne.

Haig, znany angielski klinicysta i zwolennik wegetaryanizmu, stoi na tem stanowisku, że tylko roślinne pokarmy mogą wywołać silniejszą czynność mięśniową i dłużej ją utrzymać, ponieważ z powodu wolniejszego wchłaniania się tych pokarmów w przewodzie pokarmowym wszystko wolniej się spala w ustroju i siła dłużej może być utrzymana, po spożyciu natomiast mięsa z powodu szybkiego wessania wszystko prędzej przemija. Badania Voita i innych autorów rzeczywiście dowiodły, że po spożyciu mięsa bardzo szybko wydziela się azot, ale to wydzielanie azotu trwa krócej, aniżeli po potrawach roślinnych; z pracą mięśniową nie ma to jednak nic wspólnego, gdyż rozpad istot białkowatych w ustroju nie ma istotnego wpływu na pracę mięśniową.

Na podstawie wyżej przytoczonych doświadczeń i przykładów możnaby zgodzić się ze zdaniem wegetaryanów, że przy pożywieniu przeważnie roślinnem może się ustrój ludzki utrzymać w równowadze azotowej bez jakiejkolwiek szkody.

Obecnie chciałbym pokrótce przedstawić, jakie znaczenie ma dyeta wegetaryańska w niektórych chorobach. Colchi podaje w swoich pismach, że już Pytagoras polecał często chorym pożywienie roślinne. Później spotykamy w piśmiennictwie często dzieła, w których autorowie polecają pożywienie roślinne, jako bardzo skuteczne w niektórych

stanach chorobowych, a że coś w tem było prawdy, dowodzi fakt, że w nowoczesnem lecznictwie często poleca się dyetę roślinną i coraz częściej spotykamy dzieła, pisane przez lekarzy, którzy uzyskali dobre wyniki lecznicze po zastosowaniu takiej dyety.

(Dok. nast.).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Gustaw Brühl (Berlin). **Lehrbuch und Atlas der Ohrenheilkunde.** Wydanie III (Lehmann, München), 1913. (Cena 14 marek). Zdobycze ostatnich lat w zakresie badań sprawności narządu przedsionkowego, względnie schorzeń błędnika, wymagały nowego wydania znanego podręcznika Brühla, tworzącego XXIV tom ogólnego wydawnictwa Lehmanna, które cieszy się zasłużonem uznaniem. Nowe wydanie dziełka Brühla jest wydaniem zupełnie przerobionem i uzupełnionem.

Wielką zaletą książki Brühla jest to, iż zamiast obciążania literaturą. uwzględnia ona wyczerpująco patologię, podając szereg barwnych obrazów histologicznych i zmian patologicznych na tablicach. Umieszczenie tablic tuż przy odpowiednich stronnicach tekstu ułatwia bardzo uczenie się i przyczynia się do zainteresowania się tekstem. Wyposażenie książki obok licznych barwnych tablic (48), także całym szeregiem różnych obrazów i rysunków w tekscie, uznać trzeba za wyczerpujące. Na dwóch tablicach barwnych przedstawiony jest szereg obrazów wziernikowych, zbytecznie tylko nieco powiększonych, gdyż obrazy naturalnej wielkości dadzą się zupełnie dobrze przedstawić. Także i barwa obrazów, które zdjęto przy świetle gazowem Auera, nie zawsze jest dobrze trafiona. Obrazy wziernikowe w atlasie Politzera, zdjęte przy świetle dziennem, są dotychczas obrazami najprawdziwszymi, a odpowiadają też obrazom przy świetle gazowem Auera.

Obok wskazówek leczniczych w tekscie dodany na końcu zbiór przepisów lekarstw, a wreszcie alfabetyczny spis rzeczy (Schlagwortregister) czynią zadość wymaganiom, stawianym dobremu podręcznikowi. A. B.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Lexer. **Praktyczne zastosowanie wolnego przeszczepiania.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 37—38). Technika przeszczepiań jest obecnie o wiele lepsza i dlatego wyniki pewniejsze. Wyniki te zależą od kilku czynników, a mianowicie: od gatunku tkanki macierzystej i przeszczepianej, od warunków podłoża (ziarnkowanie, ropienie, krwawienie rany), od postępowania bezgnilnego i szanowania tkanki przeszczepianej. Warunki te spełniamy, operując jałowo, przeszczepiając tkanki tego samego rodzaju, unikając napięcia, szwów, tworząc cięcia płatowe, tamując skrupulatnie krwawienie i t. p. Tkanka przeszczepiona zachowuje się potem różnie: 1) albo przygaja się w całości i pozostaje nadal, 2) albo zanika i zostaje zastąpiona z czasem analogiczną tkanką z sąsiedztwa, 3) albo ulega otorbieniu, jak ciało obce, 4) albo zostaje oddzielona wśród ropienia, i to odrazu, albo też zwolna, 5) albo ulega wessaniu szybciej, zanim tkanka okoliczna zdąży ją zastąpić, 6) albo w końcu zanika powoli, a w miejscu tem występuje blizna. Nawet w razie zaniku tkanki przeszczepionej wynik końcowy może być dobry, o ile substytucya odbywa się szybciej, niż wessanie, lub równomiernie z niem. Homoplastyka, t j. przeszczepianie tkanki z drugiego osobnika tego samego gatunku, daje dobre wyniki tylko przy przeszczepianiu tkanki łącznej, tłuszczowej i kości, przyczem często występuje wspomniane wyżej otorbienie. Heteroplastyka, t. j. przeszczepianie z osobnika innego gatunku (np. ze zwierzęcia na człowieka), udaje się wyjątkowo, i to jedynie czasem z małpy na człowieka. Najlepsze zaś wyniki daje autoplastyka, zwłaszcza naskórka i skóry. i to na ubytkach świeżych; mniej już pewny wynik osiąga się przy ranach ziarnkujących. Skóra, mimo zachwalań obecnych, nie nadaje się do pokrywania ubytków błon śluzowych i w głębi ciała. Ziarninę należy dla otrzymania powierzchni gładkich ścinać nożem, a nie zeskrobywać. Po przeszczepieniu nakrywamy miejsce to opatrunkiem z gazy jodoformowej i potem zmieniamy warstwy powierzchowne, pozostawiając głębsze warstwy gazy na ranie aż do wygojenia. U pewnych osób przeszczepianie udaje się znakomicie, u drugich znów nigdy się przeszczepiona tkanka nie przyjmuje. Od czego to zależy, nie wiemy. Homoplastyka skóry udaje się jedynie z tkanki zarodkowej, może jednak z czasem i tu osiągniemy dobre wyniki. Przeszczepianie błon śluzowych autoplastyczne daje nieraz dobre wyniki. N. p. uzupełnia się błoną śluzową spojówkę, pęcherz — kiszką, cewkę moczową — wyrostkiem robaczkowym i t. p Wolne przeszczepianie tkanki tłuszczowej znalazło też rozległe zastosowanie. Uzupełniamy np. tłuszczem sutki, zapadnięcia twarzy, oczodołu, jamy kostne, wsuwamy tłuszcz między stawy, skłonne do zarastania, osłaniamy nim szwy nerwów i ścięgien, uzupełniamy ubytki opony twardej, plombujemy płuca i t. p. Mięśnie nadają się mniej do plastyki, podobnie i nerwy, natomiast niezłe wyniki osiąga się przy przeszczepianiu naczyń krwionośnych, bo choć czasem zgojenie nie jest trwałe, choć czasem tworzą się później zakrzepy, to i tak początkowy skutek wystarcza do wytworzenia się krążenia, co w wielu przypadkach, np. przy tętniakach, nowotworach zrośniętych z naczyniami dużemi, ma niezmierną wagę. Naczynia krwionośne przeszczepiamy w ubytki cewki moczowodu i przewodów żółciowych, pokrywamy niemi ubytki ścięgien i nerwów, sączkujemy niemi komory mózgowe i t. p. Ścięgna przeszczepiamy przy odpowiednich operacyach ortopedycznych, dalej w ubytki po zropieniach ścięgien, przy przykurczeniach i t. p. Powięź znalazła też szerokie zastosowanie jako materyał plastyczny. Używa się pasów, wziętych z powięzi szerokiej. Okostnej używamy do wszczepiania w przecięte sztywne stawy, do zakrywania przepuklin i okrywania szwów kostnych po złamaniach Otrzewną pokrywamy ubytki w jamie brzusznej, a także zastępujemy nią oponę twardą. Najwdzięczniejsze jednak pole dla przeszczepiania stanowią kości, gdyż wzięte świeżo z okostnej i dobrze zakryte częściami miękkiemi przyjmują się nawet homoplastycznie. Autor doszedł do tego, że przeszczepia ze skutkiem nawet całe stawy i duże kawałki kości długich Prócz tego używa się kości do wypełniania ubytków twarzy, nosa, szczęk, do zbijania kości jako sztyfty i t. p. Zachęca to też do jak najwięcej zachowawczego leczenia zdruzgotań kości. Chrząstek używamy do plastyki twarzy, nosa i palców.

Carell ma nadzieję z pomocą swego sposobu szycia naczyń dojść do tego, że przeszczepiać będzie można, nawet homoplastycznie, a może i heteroplastycznie, całe części ciała i narządy, zwłaszcza jeżeli przedtem przez odpowiednie uodpornienie białkami uda się ustrój przystosować do nowej, a obcej mu tkanki. K

Kornew. **O wolnem przeszczepianiu powięzi** (Beitr. z. klin Chir. 85 I). Powięź jest znakomitym materyałem do wolnego przeszczepiania, bo łatwo ją uzyskać i wgaja się dobrze, łącząc się ściśle z tkankami okolicznemi. Włókna elastyczne powięzi nietylko nie znikają z czasem, lecz wnikają w sąsiedztwo, a cały płat pokryty zostaje płaszczem tkanki łącznej. Powięź nadaje się zna-

komicie do plastyki opony twardej, uzupełniania powłok brzusznych, operacyi przepuklin, jako materyał do szycia i przymocowywania narządów, zastępowania ścięgien, zamykania ubytków klatki piersiowej i wzmacniania i ochrony linii szwów. K.

Perimoff. **W sprawie przeszczepiania owłosionej skóry** (Zbl. f. Chir. 1913 Nr 37). P. przeszczepił ze skutkiem w miejsce wyciętej blizny na czaszce 10 cm długi, a 5 cm szeroki płat owłosionej skóry z innego chorego. Włosy rosły w nowem miejscu znakomicie. Analogiczną operacyę wykonał swego czasu Lauenstein, ale bez skutku. K.

Burkhard. **Śródżylne wstrzykiwania sublimatu** (III Zjazd chirurgów bawarskich. Monachium, VII 1913). W rozpaczliwych przypadkach zakażenia krwi stosuje B. śródżylnie 10—15 cm rozczynu sublimatu 1 pro mille. Z 7 przypadków ciężkich udało mu się 5 w ten sposób wyratować. Tam, gdzie drobnoustrojów we krwi nie ma (toxinaemia), leczenie to zawodzi. Przy leczeniu tem wystąpić mogą objawy zatrucia, zwłaszcza biegunki, a przy sekcyi w dwóch przypadkach stwierdzono wrzody kiszek, które mogły być skutkiem zatrucia sublimatem. K.

Rost. **Który ze składników pasty bizmutowej Becka jest skuteczny?** (Münch. med. Woch 1913 Nr 41). Wiadomo, że pasta bizmutowa Becka w wielu przypadkach uporczywych przetok działa znakomicie. Na przeszkodzie w leczeniu stało jednak to, że bizmut jest trujący, starano się też zastąpić go innymi środkami. Tymczasem R. na podstawie swych badań dochodzi do wniosku, że wogóle wszelkie dodatki do pasty są zbyteczne, bo głównie działającym środkiem w tej paście, przez pobudzanie tkanki łącznej, jest... waselina, i to tak zwana amerykańska. Podobnie działa parafina, a jeszcze lepiej różne smary, natomiast im waselinę lepiej odczyszczamy (a przez to pozbawiamy owego, nieznanego nam, a skutecznego składnika), tem działa ona słabiej. T. zw. waselina niemiecka jest z tego powodu bezskuteczna, podobnie lanolina i tłuszcz wieprzowy. Kto wie, czy wogóle działanie maści, stosowanych na rany, nie polega w znacznej mierze właśnie tylko na działaniu owego ciała, zawartego w waselinie. K.

Nobel. **W sprawie nagłej śmierci przy lekkiem uśpieniu chloroformem** (85. Zjazd niem. lek. i przyrodn. Wiedeń). Na zasadzie przypadku nagłej śmierci przy lekkiem uśpieniu chloroformem u silnego młodego człowieka, któremu wstrzyknięto rozczyn adrenaliny, przestrzega N. stanowczo przed jej wstrzykiwaniami u uśpionych chloroformem. O ile adrenalina w zwykłych warunkach wywołuje przyspieszenie tętna i wzmożenie ciśnienia krwi, o tyle u uśpionego chloroformem występuje po adrenalinie zwolnienie tętna, poczem chwilowo tętno się przyspiesza i zaraz ustaje wśród objawów trzepotania się serca (Herzflimmern). K.

Dudley Buston. **O dawkowanym sposobie chloroformowania** (17. międzyn. Zjazd. Londyn 1913). D. B. osiąga obecnie znakomite uśpienia, usypiając chorych nie zwykłym sposobem, lecz swoim przyrządem, który dostarcza jedynie zamierzony procent chloroformu. Zwykle najlepsze uśpienia osiąga się przy 2%. Podobne przyrządy podali też Dubois, Pernon, Harcourt i Walles. K.

Sellheim. **Nowe drogi celem wzmocnienia niszczącego działania promieni Röntgena na głębokie nowotwory** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 41). Dążeniem naszem jest obecnie doprowadzić promienie Röntgena do tej doskonałości, aby działały na wzór radu. Zasłużył się bardzo na tem polu Dessauer, podając przyrządy, transformujące energię elektryczną głównie w twarde promienie, analogiczne do promieni γ. Trwałość i wydatność naświetlań zwiększono obecnie przez budowę odpowiednich lamp chłodzonych, szkodliwość zmniejszono przez filtry, pozostało jeszcze życzenie, by naświetlać można tuż przy nowotworze, ew. w głębi ciała, i temu też obecnie zaradził autor, wspólnie z Meyerem wynalazłszy lampę, którą można naświetlać w głębi ciała. Niedawno Bumm i Voigts podali też lampkę, którą wprowadzać można do pochwy. Jeżeli ulepszenia te pójdą dalej, to promienie Röntgena, jako tańsze i mogące znaleźć szersze zastosowanie, zastąpią pod wielu względami rad. K.

Werner. **Doświadczenia z chemiczno-fizycznymi sposobami leczenia raka** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 38). W. omawia krytycznie najnowsze sposoby nieoperacyjnego leczenia raka, które znajdują zastosowanie w »Domu samarytańskim« w Heidelbergu. Leczenie toksynami zawiodło, a tylko środek Coleya oddaje czasem usługi przy mięsakach. Piorunowanie odczyszcza tylko owrzodzenia i ułatwia zabliznianie się, ale doszczętnie nie leczy. To samo powiedzieć można o scyntyllacyi. Przegrzewanie nie może być stosowane w głębi i z odpowiedniem nasileniem, a czasem pobudza ono nowotwory do wzrostu. Podobnie elektrokaustykę da się tylko powierzchownie zastosować. Operacya t. zw. igłą Foresta wymaga wprawy i może być stosowana wtedy, gdy operujemy w zdrowem już miejscu. Wielkie natomiast nadzieje pokładamy w radyoterapii, zwłaszcza, że możemy obecnie tkanki uczulać, względnie naśladować działanie promieni zapomocą wstrzykiwań choliny, a obecnie (ze względu na to, że cholina rozpada się na trującą neurynę) borowej jej soli, t. zw. enzytolu. W głębi naświetlamy nowotwory zapomocą odpowiednich wzierników, lub otwieramy jamy ciała i wszywamy nowotwór w ranę. Obecnie stosuje się przy naświetlaniu już znacznie większe dawki, niż dawniej, przez co też i skutek bywa znacznie lepszy, nieraz równający się wyleczeniu. Wspomagamy to leczenie obecnie chemoterapią. Nietylko różne nowotwory, ale nawet części jednego nowotworu zachowują się rozmaicie względem promieni. Nawroty są oporniejsze na leczenie. K.

Schmerz. **Improwizowane przyrządy do leczenia gorącem powietrzem** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 39). Rycinami objaśnia autor łatwy, tani i prosty sposób przyrządzania dowolnych rozmiarów i kształtów przyrządów do leczenia gorącem powietrzem. Zasada prosta: szkielet, zrobiony z siatki drucianej, owija się opaskami gipsowemi, tworząc z korka, tektury i t. p. wentyle do przypływu ciepła, kominek sporządza się z blachy lub rury piecowej. Przyrząd duży, w ten sposób sporządzony, wypada na 4 korony. K.

Dreyer. **Przetaczanie krwi i wlewanie** (Ergebn. der Chir. u. Orthop. VI). Obecna technika (ew. zapomocą szwu naczyń), dozwala na wlewanie nawet krwi obcej. Wlewania rozczynów soli kuchennej oddają nieocenione usługi, o ile nie stosujemy ich za dużo. Bardzo dobre wyniki osiąga się przez stosowanie wlewań Küttnera, polegających na stosowaniu rozczynów soli kuchennej, nasyconych tlenem, przy równoczesnem ogrzewaniu ustroju i kilkugodzinnem wdychiwaniu tlenu. K.

Schloffer. **O operacyjnem leczeniu choroby Basedowa** (Prag. med. Woch. 1913, Nr 23). Operacyjne leczenie choroby Basedowa oddać może cenne usługi, zachować tu jednak trzeba pewne ostrożności. Przedewszystkiem nie należy operować chorych nigdy zaraz, lecz dopiero po leczeniu w zakładzie, polegającem na spokojnem leżeniu i wzmacnianiu ustroju. Unikać należy podawania jodu i przetworów tarczycy, nawet odkażanie jodyną, lub katgut jodowy może już zaszkodzić. Operować powinno się o ile możności w znieczuleniu miejscowem, tamować skrupulatnie krwotok, pozostawiać gruczoły przytarczyczne. Badać należy dokładnie co do obecności grasicy, nie operować spraw zbyt daleko posuniętych. S. odrzuca leczenie promieniami Röntgena, zwłaszcza, jeżeli ma się na widoku operacyę. Zwykle po operacyi z początku stan chorych się pogarsza. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Löwenstein. **Odczyn luetynowy według Noguchiego w chorobach ocznych.** (Medizinische Klinik Nr 11

1913). Hodując krętka bladego w płynie, wydobytym przy puchlinie brzusznej, w połączeniu z agarem, ogrzewał Noguchi tę hodowlę przez godzinę do 60^0 i zaprawiał 0,5% kwasem karbolowym. Tak przyrządzoną hodowlę krętka bladego nazwał Noguchi »luetin« i używał jej w postaci wstrzykiwań śródskórnych jako środka rozpoznawczego w kile. Dorosłym wstrzykuje się 0,07 cm^3, dzieciom 0,04 cm^3. W razie obecności kiły, — szczególnie dotyczy to kiły trzeciorzędnej, — występuje wybitny odczyn w postaci guzka, małego ropnia lub ewentualnie nawet miejscowej zgorzeli. Löwenstein zastosował odczyn ten w chorobach ocznych. Na 10 przypadków miąższowego zapalenia rogówki, w 8 przypadkach odczyn luetynowy był dodatni; odczyn Wassermanna był dodatni w 6 przypadkach. W 4 przypadkach cierpień metaluetycznych odczyn ten był dodatni, gdy odczyn Wassermanna był dodatni tylko w 9 przypadkach. W jednym przypadku kiły trzeciorzędnej oba odczyny były dodatnie. W. Grzywo-Dąbrowski.

Ravaut i Scheikowitch. **Wstrzykiwanie neosalwarsanu w zgęszczonym rozczynie.** (Annal. d. derm. et syphil. 1913 Z. 4). Na zasadzie doświadczeń na zwierzętach doszli autorowie do wniosku, że do wstrzykiwań śródżylnych salwarsanu użyć można bardzo małej ilości płynu, n. p. na 0,9 neosalwarsanu 10 cm^3 wody. Autorowie zrobili takich wstrzykiwań 228 u 73 chorych i spostrzegali objawy odczynowe, pojawiające się bardzo regularnie. Bezpośrednio przy wstrzykiwaniu nie można spostrzedz nic nieprawidłowego; ściana żyły znosi rozczyn bardzo dobrze. Po kilku godzinach występowały objawy w postaci podniesienia ciepłoty, bóle głowy z wymiotami lub bez nich, biegunka, urobilinurya. Z reguły występowała gorączka przy kile świeżej jawnej lub utajonej po pierwszem wstrzykiwaniu, po następnych podniesienie ciepłoty było wyjątkowe. Gorączka występowała zazwyczaj w 6—10 godzin po wstrzyknięciu i znikała po paru godzinach. Późniejsze odczyny gorączkowe spotykali autorowie tylko 5 razy, przy równoczesnych objawach żołądkowo-jelitowych. Po dalszych wstrzykiwaniach można było stwierdzić w nocy ciepłotę poniżej prawidłowej, po pierwszem wstrzykiwaniu tylko bardzo rzadko. Przy dawkowaniu trzeba postępować ostrożnie w przypadkach zajęcia układu nerwowego, w których odczyn może być bardzo wybitny. W przypadkach nacieków pierwotnych można dawkę powiększać, jeżeli płyn rdzeniowy nie okazuje objawów odczynu. Jeżeli jednak w kile drugorzędnej lub późnej płyn rdzeniowy jest zmieniony, nie należy powiększać dawki przy objawach odczynowych. Częściej zatem stosować należy dawki małe, dobrze znoszone, a dopiero wtedy dawkę zwiększyć. Autorowie wstrzykują zazwyczaj najpierw 0,45, potem powiększają dawkę do 0,6, 0,75, i 0,9. Krzyształowicz.

Strauss A. **Zgęszczone wlewania salwarsanu.** (Derm. Woch. 1913 T. 56 Z. 18). Autor zachwala powtórnie wstrzykiwania salwarsanu, szczególnie nowego (neo-salvarsan), w rozczynie 0,6—0,9 na 10 cm. wody wprost do żyły zwyczajną strzykawką »Record«. Neosalwarsan nie wywołuje wedle autora objawów ubocznych. Jako zalety tego sposobu wymienia autor: zmniejszenie się zanieczyszczenia wody w tak małej ilości, unikanie nieczystości naczyń i wężów, niestykanie się płynu z powietrzem, uproszczenie techniki wstrzykiwań, które wykonać może każdy lekarz. Krzyształowicz.

Hedén K. **Wpływ wstrzykiwań salwarsanu na krew.** (Derm. Woch. 1913 T. 56 Z. 17). Parcie krwi obniża się najczęściej, mniej lub więcej, po pierwszem wlewaniu salwarsanu, po drugiem i trzeciem jednak w niektórych przypadkach mniej, niż po pierwszem. To obniżenie parcia trwa zazwyczaj 1—2 dni. W dwóch przypadkach trwało przez cały czas leczenia. W jednym przypadku parcie było niezmienione, w dwóch wzmożone. Zmianę parcia zdaje się wywoływać sam salwarsan, a nie ilość płynu. Ilość hemoglobiny zmniejsza się nieznacznie (10%) po pierwszem wlewaniu, a jeżeli zmniejszenie to zjawiało się po 2. lub 3. wstrzykiwaniu, było jeszcze mniej wyraźne, późniejsze zaś wstrzyknięcia nie miały żadnego wpływu. Czasami ilość hemoglobina nie zmieniała się, a w trzech przypadkach, w których przed wstrzykiwaniem ilość jej była zmniejszona, stwierdzono wyraźne jej zwiększenie. Zmiany krwinek czerwonych były bardzo nieznaczne i odpowiadały zmianie w ilości hemoglobiny. Ilość krwinek białych zwiększała się mniej lub więcej 13 razy na 15 wstrzykiwań i głównie po pierwszem wstrzykiwaniu, bardzo nieznacznie zaś po 2. i 3. W jednym przypadku wystąpiła leukopenia. Ilość ciałek neutrofilnych wzmagała się po pierwszem wstrzykiwaniu, nieco mniej po następnych. Krzyształowicz.

Ullman. **Zastosowanie prawidłowej surowicy ludzkiej w leczeniu chorób skórnych.** (Archiv. f. Derm. u. S. t. 118). Zachęcony dobrymi wynikami Linzera, wstrzykiwał autor surowicę ludzi zdrowych w ilości 20—40 cm^3 w różnych schorzeniach skóry, gdzie przeważającym objawem było swędzenie, jednakże nie otrzymał tych wyników, jakie Linzer opisuje. Wprawdzie w przypadkach świerzbiączki i pokrzywki można było zauważyć pewne polepszenie, jednakże o wyleczeniu mowy nie było. W innych sprawach chorobowych, jak również w pęcherzycy, autor nie spostrzegał nawet zupełnie polepszenia. Wlewania dokonywał Ul. według przepisu Linzera: krew odwłókniał zapomocą wirownicy, oddzielał surowicę od ciałek i natychmiast wstrzykiwał w żyłę łokciową lub w pośladki. H. L. Weber.

Mattissohn. **Rokowanie w wiewiórze u dzieci płci żeńskiej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 116). Na podstawie swych doświadczeń wypowiada autor następujące

zdanie: Rokowanie co do zupełnego wyleczenia przy zapaleniu narządów moczowo-płciowych na tle wiewióra u dzieci płci żeńskiej jest »raczej« dobre, pod warunkiem, że leczenie bardzo sumienne trwać będzie około 4 -6 miesięcy, a często i dłużej. O zupełnem wyleczeniu można dopiero wtedy mówić, jeżeli dokładne badanie wydzieliny pochwy, przeprowadzane »miesiącami i latami«, nie wykaże dwoinek Neissera. Energiczne leczenie środkami przeciwgnilnymi (głównie przetworami srebra) nie jest szkodliwe i raczej bardziej wskazane, aniżeli wyczekiwanie. Zmiany w przydatkach, niepłodność i t. d. zdarzają w późniejszych latach chyba wyjątkowo. H. L. Weber.

Zomakion. **Pierwotna zmiana kiłowa na części pochwowej macicy.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 116). Pierwotną zmianę kiłową na części pochwowej macicy bardzo łatwo można przeoczyć, gdyż bardzo często nie ma ona żadnych charakterystycznych cech, lekarz odkrywa ją zwykle zupełnie przypadkowo, gdyż nie sprawia ona chorej żadnych dolegliwości, a chora udaje się do lekarza z jakiejkolwiek innej przyczyny. Celem upewnienia się w rozpoznaniu konieczne jest często wycięcie kawałeczka schorzałej tkanki i zbadanie jej drobnowidowe. H. L. Weber.

Marcus. **Spostrzeżenia kliniczne nad rokowaniem w kile wrodzonej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 116). Na podstawie obszernego materyału klinicznego i dat statystycznych wypowiada M. następujące uwagi: Na noworodka nie wywiera żadnego widocznego wpływu ani stan matki podczas porodu, ani okres trwania u niej choroby, natomiast leczenie matki w czasie ciąży wywiera wpływ nadzwyczaj korzystny i na stan dziecka tuż po porodzie i na dalszy przebieg leczenia. Chcąc jednak osiągnąć pomyślne wyniki, musi się to leczenie w każdym przypadku przeprowadzić i trwać ono powinno lat kilka. H. L. Weber.

Cole. **W sprawie wyprysku i schorzeń skóry natury ropnej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 116) Badania autora stwierdziły, że świeże pęcherzyki w sprawach wypryskowych są albo jałowe, albo zawierają gronkowce; w wypryskach natomiast sączących, lub liszajcowatych, znajdował autor zawsze albo tylko gronkowce, albo gronkowce zmieszane z paciorkowcami. Natomiast w wyprysku łuszczącym się paciorkowców nigdy nie wykrywano, gronkowce zaś w bardzo małej ilości. Liszajec zwyczajny uważa C. za wywołany przez paciorkowca; następowo przy liszajcu zropiałe gruczoły zawierają czyste hodowle paciorkowca. Paciorkowce, które autor spotykał w powyższych zmianach chorobowych, należały zawsze do typu paciorkowca długiego, mającego zdolność rozpuszczania hemoglobiny. Zapalenia skóry wywołane sztucznie, n. p. olejkiem krotniowym, były zawsze jałowe. H. L. Weber.

Geber. **O powstawaniu leucoderma syphiliticum.** (Archiv. f. Derm u. Syph. T. 114). G. wyraża zdanie, że w tych miejscach, gdzie występuje leucoderma syph., zawsze poprzednio odbyła się sprawa zapalna w żyłach i tkankach dokoła żył położonych; ta sprawa zapalna, chociażby gołem okiem nie dała się spostrzegać, daje się łatwo wykryć mikroskopowo. Typowy obraz odbarwienia pewnych części skóry powstaje w ten sposób, iż wskutek owej sprawy zapalnej komórki, które barwik wytwarzały, na czas dłuższy przestają być zdolne do swej czynności. H. L. Weber.

Tetsuta Ito. **Badania nad wrzodem wenerycznym i prątkiem Ducreya.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 116). Na podstawie swych badań dochodzi autor do następujących wniosków: Odczyn, wywołany przez wstrzyknięcie podskórne zawiesiny zabitego prątka Ducreya, jest swoisty i można się nim posługiwać przy rozpoznaniu różniczkowem. Leczenie taką szczepionką zapalenia gruczołów pachwinowych, powstałego z powodu wrzodu wenerycznego, daje szybkie i doskonałe wyniki. Najlepszą pożywką okazała się krew (ludzka lub królicza) odwłókniona lub też mieszanina jej z bulionem 1:2. Na tych pożywkach można wyhodować kilkadziesiąt pokoleń prątka D., jeżeli się go przeszczepia z dnia na dzień na świeże podłoże. Uodpornienia ani czynnego ani biernego zapomocą owej szczepionki nie powiodło się autorowi uzyskać. Prątek wytwarza jedynie endotoksyny. H. L. Weber.

Lipschütz. **O osobliwem owrzodzeniu narządów rodnych kobiecych (ulcus vulvae acutum).** (Archiv. f. D. u. S. T. 114). L. spostrzegał u kobiet kilka przypadków charakterystycznych owrzodzeń, które wyraźnie różniły się od owrzodzeń wenerycznych. Sprawa chorobowa rzadka, poczyna się zwykle silną gorączką i ogólnem osłabieniem, leczy się sama pod wpływem środków obojętnych. L. spostrzegał owe owrzodzenia również i u dziewcząt i sądzi, że sprawa przenosi się przez samoprzeszczepienie, a nie przez stosunek płciowy. Zmiany te wywołuje prątek barwiący się sposobem Grama, który wykryć się daje nietylko w wydzielinie owrzodzenia, ale także i w tkankach schorzałych. H. L. Weber.

Schmidt. **Objaw Ehrmanna.** (Archiv. f. D. u S. T. 114). Autor opisuje ciekawy obraz zmian u chorego kiłowego, charakteryzujący się ciemno-niebieskiemi plamami, rozgałęziającemi się na pewnych obszarach skóry. Pierwszy opisał taki przypadek Ehrmann, tylko gdy E. podał jako przyczynę owych zmian chorobowych schorzenie tętnic, to S. wykazuje zmiany zapalne w żyłach i dokoła żył. Pod wpływem leczenia przeciwkiłowego zmiany po kilku tygodniach ustępowały. H. L. Weber.

Sowade. **Hodowla krętka bladego i wyzyskanie jej w celach doświadczalnych.** (Archiv. f. D u. S. T. 114). Materyał, pobrany ze zmian kiłowych ludzkich, szczepił autor zapomocą wkłucia na skrzepłej surowicy końskiej, otrzymywał jednak zawsze hodowle mieszane, składające się z krętka bladego i prątka, który miał własność rozpuszczania podłoża. Zapomocą wymywania kanału wkłucia $70^0/_0$ alkoholem udawało się autorowi zabić owe prątki, a wtedy krętki blade (prawdopodobnie te, które przedostały się w głąb skrzepu i których alkohol nie dosięgnął) rozwijały się dalej już same. Krętki w powyższy sposób wyhodowane, które niczem nie różniły się od krętków bladych, spotykanych w zmianach kiłowych, wstrzykiwał autor zwierzętom do serca lub tętnic, wywołując u nich swoiste schorzenia. H. L. Weber.

Marcus. **Znaczenie badania płynu mózgowo-rdzeniowego przy kile.** (Archiv. f. D u. S. T. 114). Zdaniem autora badanie płynu mózgowo-rdzeniowego ma znaczenie nietylko dla rozpoznania sprawy chorobowej, ale i dla rokowania na przyszłość, w kilku przypadkach bowiem udało się autorowi na podstawie dodatniego odczynu Wassermanna, wykonanego z tymże płynem, na długi czas przed pojawieniem się pierwszych objawów chorobowych przepowiedzieć swoiste schorzenie układu nerwowego. H. L. Weber.

Polland. **Kiła bez zmiany pierwotnej.** (Archiv. f Derm. u. Syph. T. 116). Młody mężczyzna po stosunku z dziewczyną, u której stwierdzono zmiany kiłowe na wargach sromnych, zgłosił się do autora i był u niego w obserwacyi przez czas dłuższy. Pięć tygodni upłynęło bez jakichkolwiek objawów, w szóstym tygodniu obrzmienie gruczołów pachwinowych, w siódmym i ósmym tygodniu odczyn Wassermanna ujemny, w jedenastym wysypka ogólna plamista, kiłowa. Wrzodu pierwotnego przez cały ten czas autor u tego chorego doszukać się nie mógł. P. sądzi, że w tych przypadkach, gdzie rozwijają się odrazu zmiany drugorzędne bez widocznej zmiany pierwotnej (syphilis d'emblée), krętek, czy krętki blade dostają się przez skórę, w pewnem miejscu obnażoną z naskórka, wprost do naczyń limfatycznych i tworzą rodzaj zmiany pierwotnej w pierwszym gruczole limfatycznym, który na swej drodze napotykają, w którym zostają zatrzymane i gdzie zaczynają się rozwijać. W dalszym ciągu przebieg kiły jest zwyczajny. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 18. VI. 1913.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonenberg.

1. Kol. Lipszyc pokazał 3-miesięczne dziecko kiłowe z **pseudoparalysis Parroti**.

2. Kol Więckowsski: **O odczynie hemolizynowym w płynie mózgowordzeniowym.**

Treść odczytu: Odczyn hemolizynowy w płynie m.-rdz., podany przez Weila i Kafkę w 1911 r., uzasadnia się wzmożoną przepuszczalnością naczyń oponowych, wywołaną schorzeniem opon. Występuje w przebiegu porażenia postępującego i ostrych spraw zapalnych opon. Wzmożona przepuszczalność wywołuje przedostawanie się z krwi do płynu m.-rdz. dwuchwytnika dla krwinek baranich, który prawidłowo się znajduje w surowicy ludzkiej, w płynie m.-rdz. zaś tylko w minimalnych ilościach. W przebiegu ostrych zapaleń opon, obok dwuchwytnika przenika do płynu także i dopełniacz. Zwiększoną ilość tych substancyi w płynie m.-rdz wykazać można zapomocą następującego odczynu Jeśli do zawiesiny krwinek baranich (w rozczynie fizyologicznym soli), traktowanej poprzednio przez 2 godziny przy 38° płynem mózgowordzeniowym, dodamy pewną ilość dopełniacza, następuje hemoliza krwinek bez dodawania dwuchwytnika z zewnątrz. Jeśli do płynu przenika i dopełniacz, hemoliza występuje po upływie pewnego czasu przy zmieszaniu płynu z samą tylko zawiesiną krwinek. Odczyn ten ma być swoisty dla porażenia postępującego i ostrych zapaleń opon. Doświadczenia, podjęte w szpitalu Kochanowieckim z płynem mózgowordzeniowym 20 paralityków, wykazały dodatni odczyn hemolizynowy w 11 przypadkach; w 3 ujemny odczyn w płynie dał się wytłomaczyć brakiem lub małą zawartością dwuchwytnika w surowicy krwi tych chorych; wreszcze w 6 przypadkach odczyn hemolizynowy w płynie dał wynik ujemny pomimo dostatecznej zawartości dwuchwytnika w surowicy. Z 19 przypadków kontrolnych, między którymi były obok innych psychoz kiła wrodzona i kiła mózgu, ani jeden nie dał dodatniego odczynu hemolizynowego. Doświadczenia te, aczkolwiek jeszcze nieliczne, przemawiają za swoistym charakterem odczynu. Podane w ostatnich czasach przez Boasa i Ňeve przypadki występowania tego odczynu u chorych na wiąd i drugorzędną kiłę, wymagają sprawdzenia; z drugiej strony jednak może przypadki takie mogłyby być uważane za formy schorzenia, usposabiające do wystąpienia w przyszłości porażenia postępującego.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Sonenberg, Rozenblatówna i Chodźko.

a) Sonenberg, omawiając odczyn Weila i Kafki, zapytuje prelegenta, czy u osób, dotkniętych w wysokim stopniu zwapnieniem naczyń, poszukiwano w płynie mózgowordzeniowym hemolizyny?

b) Kol. Rozenblatówna pyta się prelegenta, dlaczego przed przystąpieniem do omawianego odczynu nie inaktywujemy płynu?

c) Kol. Chodźko widzi w odczynie hemolizynowym, jako metodzie różniczkowo-rozpoznawczej. — krok naprzód, ze względu na to, że dotychczasowe sposoby rozpoznawania będących w mowie chorób nie są niezawodne.

d) Prelegent zaznacza w odpowiedzi: Sonenbergowi: Z kilku badanych przez prelegenta chorych na stwardnienie tętnic mózgowych żaden nie miał dodatniego odczynu hemolizynowego, również według danych dotychczasowego piśmiennictwa wszyscy tacy chorzy oddziałują ujemnie. Kol. Rozenblatównie: Płynu nie inaktywujemy przed odczynem dlatego, że — jak to wykazały badania Roesslego i innych — w czasie inaktywowania dopełniacza zawsze i dwuchwytnik ulega pewnemu, acz niewielkiemu, osłabieniu. Ponieważ zaś odczyn polega właśnie na wykryciu w płynie m.-rdz. dwuchwytnika, nie możemy przeto czynić nic takiego, coby to zadanie nam utrudniało.

Posiedzenie z dnia 3. IX. 1913.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: Sonenberg.

Kol. A. Hejman: **Kilka uwag ogólnych co do wskazań do zabiegów operacyjnych na wyrostku sutkowym.**

Prelegent w odczycie występuje przeciwko temu, iż często operuje się wyrostek sutkowy, nie kierując się konkretnemi wskazaniami do operacyi. Widzi przyczynę takiego postępowania z jednej strony w przyjmowaniu pewnego jakiegoś objawu — za chorobę, a nie odwrotnie — choroby za zbiór określonych objawów, z drugiej zaś strony przypisuje zaniedbywanie wskazań udoskonaleniu i rozkwitowi techniki operacyjnej. Poddaje krytycznym uwagom wskazania Schmigelowa, Müllera, Rüstera, Stackego i in. i wyraża zdanie, że jedynie wskazania Tröltscha i Schwartzego powinny być nicią przewodnią dla każdego otyatry. Przytacza też wyniki, otrzymane przez Stettera, oparte na tychże wskazaniach. Mniema, że niesłusznie wykreślone zostało z zabiegów operacyjnych cięcie Wilda, które daje ogromne korzyści. Przytacza wreszcie zdanie Langenbecka o celach chirurgii nowoczesnej: »nie niszczyć, lecz zachowywać« i »szukać dróg i sposobów zapobiegania operacyom, a gdzie operacya jest niezbędną, zabezpieczyć jej wynik pomyślny«.

Posiedzenie z dnia 24. IX. 1913.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: Sonenberg.

1. Kol. Grosglik przedstawił: a) mężczyznę w wieku 55—60 lat, z uszkodzeniem na dolnej wardze; rozpoznanie — zdaniem kol. G. — waha się między: **leucoplakia buccalis, gumma syphiliticum i lichen ruber planus;** b) mężczyznę, u którego na języku rozpoznaje **gruźlicze owrzodzenia.**

2. Kol. Pański przedstawił: a) mężczyznę, w wieku lat 28, u którego przypuszcza **kilak** w zrazie potylicznym. b) kobietę, w wieku lat 53, u której przypuszcza **guz mózgu.**

3. Kol. Helman pokazał kobietę **z guzem**, najprawdopodobniej mięsakiem, w prawej **jamie nosowej.**

4. Przewodniczący wspomniał o śmierci kol. Trenknerowej-Zieleniewskiej, a obecni uczcili pamięć zmarłej przez powstanie z miejsc.

5. Kol. Rozenblatówna przeczytała rzecz p. t.: **O nowoczesnych poglądach na etyologię i seroterapię błonicy.** Na początku swego referatu prelegentka omawia współczesne poglądy na stosunek bakteryi błoniczych do rzekomobłoniczych. Wobec ostatnich badań w tej dziedzinie Bernarda Paneta oraz innych wydaje się prawdopodobnem, że lasecznik Loefflera może przechodzić w laseczniki rzekomobłonicze, oraz odwrotnie. W każdym razie krańcowo-dualistyczny pogląd na tę kwestyę, którego wyrazicielem jest np. Neusser, jest zupełnie zachwiany. W dalszym ciągu prel. dłużej się zatrzymuje nad epidemiologią błonicy, oraz nad rolą roznosicieli zarazków, przypisując im prawie wyłączne znaczenie w szerzeniu się błonicy. Przedmioty martwe natomiast, dzięki okoliczności, iż laseczník Loefflera należy do zarazków nietrwałych, mają b niewielkie znaczenie epidemiologiczne. Z twierdzenia tego wypływa logicznie wniosek, że sposoby walki z błonicą powinny być zgoła odmienne od praktykowanych dotychczas: mianowicie należy walczyć przedewszystkiem z roznosicielami zarazka w szpitalu, szkole i t. d., nie zaś tłumić epidemię błonicy zapomocą zamykania szkół, dezynfekcyi formalinowej i t. d. Tam, gdzie jesteśmy bezsilni wobec roznosicieli, t. j. gdzie z jakichkolwiek powodów nie jesteśmy w stanie odosabniać ich, musimy nieraz uciekać się do profilaktycznego stosowania surowicy Behringa. Należy to jednak czynić jaknajrzadziej. Być może, że nasza metoda uodpornienia czynnego przeciw błonicy okaże się skuteczniejszą w walce z błonicą,

niż te środki, którymi dotychczas rozporządzaliśmy. W końcu referatu prelegentka omawia seroterapię błonicy wogóle, a przedewszystkiem zatrzymuje się szczegółowiej na 2 najnowszych metodach stosowania surowicy przeciwbłoniczej, t. j. metodzie dużych dawek, oraz sposobie śródżylnym stosowania tejże. O ile pierwsza z tych metod wydaje się na podstawie odnośnego piśmiennictwa istotnie godną uwagi, o tyle wyższość metody śródżylnej nad śródmięśniową musi być jeszcze kwestyonowaną. W każdym jednak razie nie wolno już dzisiaj stosować surowicy podskórnie.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Rosenthal, Stankiewicz, Helman, Goldenberg, Rueder, Pański, Mogilnicki, Sonenberg, Sterling, Skalski i prelegentka.

Najdłużej w dyskusyi zatrzymywano się nad pytaniem, czy istnieje uzasadniona podstawa obawiania się wstrząsu anafilaktycznego przy powtarzanem stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej (kol Rosenthal, Rueder, Mogilnicki); omawiano miejscowe stosowanie surowicy (kol. Stankiewicz), poruszono pytanie, czy praktycznie daje się przeprowadzić odosobnianie roznosicieli zarazka ze szkoły (kol. Goldenberg), wspomniano o leczeniu pobłoniczych porażeń surowicą (kol. Mogilnicki, Pański), o metodzie śródżylnego stosowania surowicy (kol. Sonenberg), omawiano sprawę badań nad mutacyą bakteryi błoniczych (kol. Sterling), przytoczono kilka dat statystycznych, odnoszących się do błonicy w Brukseli (kol. Skalski).

6 W końcu posiedzenia kol. Land-Tenenbaumowa pokazała 3 preparaty (z lecznicy kol. Druebina i Kaufmana), a mianowicie: a) guz, wielkości głowy dziecka, który leżał między więzadłami szerokiemi i nie był w żadnym związku z macicą i przydatkami. Badanie mikroskopowe stwierdziło **myo-fibro-sarcoma.** Mięsaki między więzadłowe należą do rzadkości — opisanych w literaturze jest wszystkiego 20 i kilka. Usunięto guz wraz z macicą i przydatkami. W ścianie macicy, pod błoną śluzową, wyczuwa się prócz tego mały mięśniak. b) **2 duże torbiele jajnikowe** i duży mięśniak (fibro-myoma) macicy, usunięte u jednej pacyentki. c) Preparat **ciąży zewnątrzmacicznej** (pęknięty jajowód z łożyskiem i płodem 10-tygodniowym. (Wszystkie powyższe przypadki zakończyły się wyzdrowieniem.

E. Sonenberg.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Sprawozdanie z działalności od 4. VII. 1911 do 4. VII. 1912 r.

Posiedzenie z d. 4. XII 1911.

Obecnych 16 członków i 1 gość. Przewodniczący Dr Jaworowski. Sekretarz Dr B. Dziemski

1) Kol. Modrzewski przedstawia a) 65-letniego chorego po operacyi **wyłuszczenia gruczołu krokowego** sposobem Frejera z wynikiem operacyi bardzo dobrym (chory mocz oddaje); b) chorego po operacyi **wgłobienia jelita** (długość części wgłobionej około 20 ctm.) z wynikiem operacyi dobrym; klinicznie przypadek ten zwraca tem uwagę, że nie było krwawych stolców i wogóle rozwolnień; c) przypadek operacyi **zwężenia cewki po urazie** z szybkiem wyzdrowieniem.

2) Kol. Czerwiński przedstawia a) preparat **torbieli skórzastej,** operowanej wskutek skrętu szypuły; w torbieli pasmo włosów i szczęka z dwoma zębami; b) preparat **mięśniaka macicy,** przyczem stwierdza, że mięśniaki często spotykają się z rakami macicy i powinny być usuwane całkowicie z macicą i jajnikami.

3) Kol. Dobrucki przedstawia a) preparat **torbieli skórzastej,** zawierającej tłuszcz i włosy; b) odczytuje pracę własną: **Współczesne poglądy na patologię i leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** Dyskusyę nad referatem kol. Dobruckiego odłożono do następnego zebrania.

4) Kol. prezes streszcza odezwę lekarzy gub. Nowogrodzkiej w kwestyi felczerów wojskowych. Zebrani postanowili odpowiedzieć, iż działalność felczerów wojskowych uważają za szkodliwą.

Posiedzenie z d. 4. I. 1912.

Obecnych 20 członków i 1 gość. Przewodniczący Dr Jaworowski. Sekretarz Dr B. Dziemski.

1) Kol. Dobrucki przedstawia a) preparat po **cholecystektomii,** oraz chorą, u której dokonał operacyi; pęcherzyk został całkowicie usunięty bez drenowania z cięcia Kochera; b) preparat **gruźlicy nerki** z jamami wypełnionemi ropą; c) preparat **skórzaka** (dermoid, jako żabka »ranula«), który dość łatwo dał się wyłuszczyć; d) chorą po operacyi **wola;** usunięto lewą część i węzinę: po operacyi prawa połowa znacznie się zmniejszyła.

2) Kol. Żebrowski przedstawia a) chorego po **trepanacyi lewego wyrostka sutkowego**, przyczem w komórkach wyrostka ropy nie znaleziono, tylko tkankę ziarninową, górny odcinek rany zaszyto; po kilku tygodniach wystąpiło ropne zapalenie prawego ucha środkowego, które leczono zachowawczo; b) preparat **polipa z przewodu nosowego**; polipa usunięto ze strony jamy ustnej adenotomem Goldszteina; c) **wyrośle** (adenoidy) znacznej wielkości, usunięte u dorosłego człowieka; d) preparat **raka małżowiny usznej**, usuniętego u starego człowieka; e) **martwak** 4½ cm. długości, usunięty u małego dziecka przy trepanacyi wyrostka sutkowego.

W dyskusyi a) kol. Dobrucki utrzymuje, że polipy nosa powinno się usuwać tylko przez nos, o ile nie wychodzą z podstawy mózgu. Co do operacyi raka małżowiny usznej wyraża kol. Dobrucki zdanie, iż należy próbować leczenia zachowawczego (radium, Röntgen); o ile są zajęte sąsiednie gruczoły, radzi je wyłuszczyć. — b) Kol. Żebrowski podnosi, że u dzieci łatwiej wyjąć polipy ze strony nosowo-gardłowej, co do raka zaś małżowiny usznej, obstaje za wczesną operacyą.

3) Kol. Dobrucki zdaje sprawę z operowanego przypadku **torbieli jajnika** i **wodniaka jajowodu**.

4) Dyskusya nad odczytem kol. Dobruckiego **o zapaleniu wyrostka robaczkowego**.

a) Kol. Klarner twierdzi, że w pierwszym dniu niema nieomylnych objawów co do rozpoznania zapalenia wyrostka. — b) K. Czerwiński zaznacza, że u kobiet po zbadaniu przez pochwę zawsze można stwierdzić obecność lub brak zapalenia wyrostka, wyraża zdanie, że lekarze powinni dążyć do wczesnej operacyi dla dobra chorego, chociażby na 1000 przypadków jeden nie został właściwie rozpoznany. — c) K. Jasiński podkreśla, że dla internistów bardzo pożądanym powinien być radykalny zwrot chirurgów w kierunku operowania zapalenia wyrostka w **każdym okresie**. Rozpoznanie 3—4. dnia choroby nie ulega już zwykle wahaniom; o ile w tym okresie objawy wyraźnie się nie cofają, nawet przy łagodnym na pozór przebiegu istnieje zawsze obawa przedziurawienia. — d) Kol. Rogoziński oświadcza się za wczesną operacyą. — e) Kol. Rotkel zapytuje, czy chorego, który ma odbyć daleką drogę, można pozbawić makowca?— f) Kol. Wąsowski pyta, co ma zrobić internista u chorego, który wogóle nie chce się poddać operacyi, czy nie należy podawać makowca i morfiny. — g) Kol. Dobrucki w odpowiedzi zaznacza, że obecnie łatwo rozpoznać rozpoczynające się zapalenie wyrostka robaczkowego (defense musculaire, wymioty), nie mówiąc już o rozwiniętym przypadku. Kol. Dobrucki występuje przeciw szablonowemu podawaniu makowca i morfiny w zapaleniu wyrostka. — h) Kol. Jaworowski nie wątpi w dobry skutek wczesnego operowania, ale stwierdza, że chorzy nie zawsze zechcą zgodzić się na wczesną operacyę.

Posiedzenie z d. 5. II. 1912.

Obecnych członków 14 i 4 gości. Przewodniczący kol. Dr Jaworowski. Sekretarz Dr Dziemski.

1) Kol. Rogoziński przedstawia a) chorego po ope-

racyi **ropnia mózgowego**, b) preparaty **cystocarcinoma ovarii**, przyczem kol. Czerwiński podaje szczegóły, dotyczące wywiadów, rozpoznania i operacyi danego przypadku.

2) Kol. Jankowski przedstawia **kamień pęcherzowy**, wyjęty u chłopca 13-letniego. Pęcherz zaszyto, a w dolnym brzegu rany założono dren, szwy puściły i gojenie odbywało się »per secundam«.

W dyskusyi a) kol. Modrzewski sądzi, że przyczyną ropienia mógł być dren. — b) Co do chorego, przedstawionego przez K. Rogozińskiego, kol. Żebrowski wskazuje na ważność nakłucia próbnego dla rozpoznania ropni mózgowych. O ile ropień mózgu usznego pochodzenia jest po stronie lewej, wtedy wskutek wystąpienia afazyi rozpoznanie jest bardzo łatwe. Inaczej jest, gdy ropień mózgu usadowił się po stronie prawej; wtedy w razie przypuszczenia ropnia mózgu należy uważać strzykawkę jako główne narzędzie dyagnostyczne. Trzeba robić nakłucia w różnych kierunkach, najpierw prostopadle, potem ku przodowi, w końcu zaś dopiero ku tyłowi średniego dołu czaszkowego. Nakłuć trzeba zrobić niekiedy kilka, zanim natrafi się na ognisko ropne. — c) Kol. Borsukiewicz zapytuje, czy chory miał wymioty i czy badane było dno oka?

3) Kol. Modrzewski, referując sprawę **organizacyi zawodowej** lekarskiej na podstawie projektu organizacyi lekarzy Ziemi Radomskiej, roztrząsa następujące pytania: 1) jakie ewentualnie koła lekarskie objęłaby projektowana organizacya, 2) jak pogodzić projektowaną taksę z istniejącem prawem, określającem honorarya lekarskie, 3) jaki byłby wymiar kar za niestosowanie się do ustawy organizacyi, wreszcie odczytuje ustawę organizacyi zawodowej lekarzy Ziemi Radomskiej.

W dyskusyi a) K. Czerwiński wyraża zdanie, iz ułożeniem statutu mogłoby się zająć Tow. lekarskie lubelskie, wszelka jednak dyskusya w tej sprawie ma znaczenie akademickie, przyjęcie bowiem taksy lekarskiej według projektowanych norm jest rzeczą niemożliwą; ludzie biedni nie mogą płacić po rublu za poradę. Taksa, według mowcy, jest nawet niesprawiedliwa: służąca n. p. płaci rubla, gdy fabrykant za robotnika płaci tylko 50 kop. Wobec powyższego kol. Czerwiński proponuje sprawę organizacyi zawodowej odłożyć do czasu zaprowadzenia samorządu. — b) K. prezes zaznacza, że pod względem etycznym projekt nie stwarza nic nowego, mniema jednak, że przy zawiązywaniu organizacyi należałoby wciągnąć do obrad cały ogół lekarzy. — c) W związku z poruszoną sprawą etyki lekarskiej kol. Czerwiński proponuje przedyskutowanie na jednem z posiedzeń kodeksu deontologii lekarskiej.

Posiedzenie z d. 4. III. 1912.

Obecnych 14 członków. Przewodniczący Dr Jaworowski. Sekretarz Dr Dziemski.

1) Kol. Dobrucki przedstawia a) chorą po operacy **wola**; przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na to, iż guz dał się usunąć bardzo łatwo; b) chorą po **wycięciu wyrostka robaczkowego**, dokonanem trzy tygodnie temu; przypuszczano gruźlicę kątnicy lub gruźlicę wyrostka, wskutek czego zrobiono większe cięcie; c) chorą po operacyi **raka pętli esowatej**, rozpoznanego za pomocą rektoskopu; rak leżał w odległości 22 cm. od odbytu; operacyę wykonano 2 tygodnie temu.

2) Kol. Dziemski przedstawia chorego ze **stwardnieniem rozsianem mózgu i rdzenia**.

3) Kol. Czerwiński przedstawia a) **guz sieci pochodzenia zapalnego**; guz był wypełniony tkanką ziarninową z małą ilością płynu ropnego, w którym swobodnie leżała ość z ryby długości 4 cm.; guz ten dał powód do fałszywego rozpoznania ciąży brzusznej; b) przypadek **włókniaka** lewego **więzadła szerokiego** z objawami rwy kulszowej, które to objawy ustąpiły po usunięciu nowotworu; c) preparat guzkowego zapalenia jajowodu **(salpingitis nodosa)**.

Posiedzenie z d. 4. IV. 1912.

Obecnych 16 członków i 3 gości. Przewodniczący Dr Rotkiel. Sekretarz Dr Dziemski.

1) Kol. Dobrucki zdaje sprawę z dwu przypadków **wrzodu dwunastnicy** wyleczonych drogą chirurgiczną **(gastroenterostomia)**.

2) Kol. Żebrowski przedstawia chorą z **porażeniem nerwu twarzowego pochodzenia usznego**.

3) Kol. Czarnecki przedstawia chorego po wykonaniu **otwarcia wyrostka sutkowego**. Chory przed 6 miesiącami przeszedł lekkie zapalenie wyrostka sutkowego. Po 3 tygodniach sprawa chorobowa się skończyła, ale w okolicy wyrostka sutkowego zaczął chory odczuwać silne bóle, które uważano za neuralgiczne. Chorego pierwszy raz widział referent przed dwoma miesiącami i rozpoznał przewlekłe ropienie w wyrostku sutkowym, wobec czego wykonano otwarcie wyrostka. Znaleziono wolny martwak, który usunięto. Rana zagoiła się po 7 tygodniach, t. j. w zwykłym czasie, o ile operacyę wykonano na podstawie bezwzględnych wskazań.

4) Kol. Czerwiński przedstawia a) **kilkadziesiąt włókniaków** wielkości wiśni do wielkości jabłka, wydobytych drogą operacyi pochwowej z jamy macicy. Rozpoznawano w danym przypadku włókniaka podśluzowego na bardzo szerokiej podstawie. Po wycięciu otoczki guza okazało się, że składa się on z mnóstwa mniejszych włókniaków, które względnie łatwo dały się wyłuszczyć. Wskazaniem do operacyi były bardzo silne krwotoki. b) Następnie przedstawia kol. C. torbielowaty **wielokomorowy guz** prawego **jajnika** wielkości główki noworodka. Klinicznie miał guz cechy zło-

śliwości, wywołał szybkie wychudnięcie chorej i nagromadzenie przesięku w jamie brzusznej. Guz ten był zrosły z siecią i powierzchnią macicy; przy podwiązywaniu jajowodu i więzadła szerokiego tkanki okazały się tak kruche, że podwiązki przecinały. Makroskopowo guz ma cechy potworniaka (teratoma).

5) Kol. Kozłowski (z Ojcowa): **O odżywianiu normalnem w Zakładzie leczniczym w Ojcowie.** Dotychczas pokutuje pojęcie, że jedynie pożywienie obfitujące w białko, i to w białko pochodzenia zwierzęcego, jest prawdziwie odżywcze. Opracowane normy wskazywać miały, że ustrój zdrowy powinien odczuwać pewną szkodę, jeśli ilość spożywanego przezeń białka nie dochodzi do owych liczb. Tymczasem nowe badania, jak również spostrzeżenia nad żywieniem się jaroszów oraz całych warstw niezamożnych ludzi wskazują, że ustrój zadowala się o wiele (2—3 razy) mniejszemi ilościami białka, niż owe »normy« wskazują. Wiemy, że w zdrowym ustroju dorosłego człowieka białko nie magazynuje się, cała ilość spożyta spala się doszczętnie, a produkty rozpadu zostają z ustroju starannie usunięte. Białko pokrywa zaledwie tylko 4% ogólnego zapotrzebowania energii, 96% pokrywa się ze spożytych węglowodanów i tłuszczów. To wskazuje, iż ustrój z nadmiarem białka ma jedynie dużą pracę, polegającą na usuwaniu produktów rozpadu białka. Jestto zgoła nieprodukcyjna praca. (Mowią o tem prace profesora Bądzyńskiego i Dąbrowskiego, Gawińskiego, Czarneckiego i Kozłowskiego). Jakość produktów rozpadu białka również nie jest obojętna dla ustroju. Kwasy proteinowe są to kwasy wielowartościowe, wymagające wielkiej ilości zasad do swego zobojętnienia, a więc mogące przyczynić się do zakwaszania ustroju, a więc muszą upośledzić przemianę materyi (gdyż sprawy oksydacyjne w ustroju mogą zachodzić jedynie w środowisku o odczynie zasadowym) Doświadczenia tychże badaczów wykazały, że ilość owych kwasów proteinowych wzrasta w zależności od spożywania większej ilości białka zwierzęcego, a także przy pewnych chorobach: dur brzuszny, rak żołądka, wątroby, pewne rodzaje padaczki i t. p. Mleko i białko pochodzenia roślinnego nie zwiększa ilości kwasów proteinowych w moczu. Jakie więc pożywienie należy wybrać dla zdrowego człowieka? Wyłącznie mięsne pożywienie wywołuje liczne cierpienia; wyłącznie roślinna dyeta ma swe dobre i złe strony. Dodatnie strony jej są następujące: 1) hamuje ona rozwój bakteryi gnilnych w przewodzie pokarmowym, 2) dostarcza sporo bodźców ruchowych dla jelit, przez co one szybciej się opróżniają. 3) strawność białka roślinnego jest szybka i dokładniejsza, przez co wydziela się mniej kwasów proteinowych (niedopałków białka). Ujemne strony: 1) Przyswajanie białka roślinnego jest o 20% mniejsze niż zwierzęcego; sposób przyrządzania pożywienia odgrywa tu bardzo ważną rolę. 2) Większa objętość spożywanych pokarmów. Ponieważ przeprowadzone badania wykazały, że przy pożywieniu mieszanem usuwa się wszystkie ujemne strony pożywienia zarówno mięsnego, jak i roślinnego, przeto prelegent opracował t. zw. »normalny« typ odżywiania, który od 6 lat stosuje w Ojcowie. (Własne streszczenie).

W dyskusyi wzięli udział kol. Czerwiński, Dziemski, Jasiński, Borsukiewicz i Klarner. — a) Kol. Borsukiewicz, Jasiński, Klarner zgadzają się na to, że wogóle nadużywamy mięsa. — b) K. Dziemski z uznaniem mówi o reformie kuchni w Ojcowie, gdzie przed kilku laty odżywianie chorych nerwowych prowadzono wadliwie, zastrzega się wszakże co do celowości stosowania szablonowo odżywiania, proponowanego przez referenta. Rekonwalescent, chory w początkowym okresie gruźlicy płuc, wreszcie człowiek ciężko pracujący, nie może zadowolnić się taką ilością białka, jaka wystarcza dla chorego w Ojcowie. Ogólnie znane jest pogorszenie zdrowotności u ludu pod koniec wielkiego postu: zwiększa się ilość chorób płucnych i żołądkowych. c) K. Czerwiński krytycznie odnosi się do zasady odżywiania, opartej na rachunku kaloryi, twierdzi, iż różne warunki życiowe wymagają różnych rodzajów dyety, że sposób odżywiania leczących się w Ojcowie, którzy nie pracują, nie może być wzorem do naśladowania dla ludzi prawidłowych, a tembardziej dla ciężko pracujących, wreszcie, że tolerancya pokarmów mięsnych jest rzeczą indywidualną. — d) K. Kozłowski broni zasady szkodliwości mięsa, zarówno dla ludzi zdrowych, jak ozdrowieńców i chorych na gruźlicę, twierdząc, że u chorych na gruźlicę praca trawienia obciąża energię życiową, wreszcie podkreśla ważne znaczenie doboru pokarmów.

Posiedzenie z d. 4. V. 1912.

Obecnych 15 członków. Przewodniczy Dr Jaworowski. Sekretarz Dr Dziemski.

1) K. Płaczkiewicz przedstawił przypadek **postępującego zaniku mięśni** u chłopca 11-letniego: zanik pochodzenia mięśniowego o typie rzekomo przerostowym (dystrophia musculorum progressiva Erba).

W dyskusyi zapytuje a) kol. Cynberg, czy w danym przypadku jest odczyn zwyrodnienia. b) Kol. Płaczkiewicz odpowiada, że odczynów elektrycznych nie badał. c) Kol. Dziemski dodaje, że przerost wrzekomy mięśni bardzo rzadko daje odczyn zwyrodnienia

2) K. Czerwiński przedstawia szereg preparatów, otrzymanych drogą cięcia brzusznego: **mięsaka sieci** wielkości głowy człowieka, 2) **torbiel skórzastą** prawego **jajnika**, 3) **macicę** z **włókniakiem śródmiąższowym i jednocześnie rakowatem zwyrodnieniem** błony śluzowej trzonu, 4) macicę z olbrzymim **włókniakiem**, wychodzącym z tylnej ściany szyjki, 5) macicę ze złośliwem zwyrodnieniem błony śluzowej trzonu, wyciętą u 26-letniej panny, która od 8 lat cierpiała na stałe krwawienie z macicy, 6) macicę z **rakiem części pochwowej.**

3) K. Żebrowski przedstawia chorego z **porażeniem lewego nerwu twarzowego**, nadmieniając, iż nie zdążył zbadać chorego co do odczynu zwyrodnienia.

W dyskusyi: a) Kol. Dziemski zapytuje, czy chory nie miewa zawrotów głowy, który to objaw towarzyszy ciepieniu n. przedsionkowego: na podstawie czaszki nerw twarzowy przechodzi łącznie z nerwem słuchowym i ognisko chorobowe w tem miejscu daje ogólne objawy mózgowe.— b) K. Czarnecki zaznacza, że w każdym przypadku porażenia n. twarzowego należy przedewszystkiem stwierdzić, czy porażenie jest ośrodkowe, czy obwodowe. Porażenia ośrodkowe, t. j. nadjądrowe, charakteryzują się tem, że górna gałązka n. twarzowego nie bierze udziału w porażeniu, oraz tem, że pobudliwość elektromotoryczna pozostaje bez zmiany; natomiast cierpienie jądra n. twarzowego i pnia tegoż nerwu daje porażenie wszystkich gałęzi i wywołuje zmiany pobudliwości elektromotorycznej. — c) W odpowiedzi K. Żebrowski przeprowadza różniczkowanie danego przypadku i dochodzi do wniosku, że w danym przypadku cierpienie nosi cechy porażenia obwodowego.

4) Kol. Żebrowski: **O porażeniu nerwu twarzowego pochodzenia usznego** (z demonstracyą preparatów i rysunków).

B. Dziemski.

Wiadomości bieżące.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich rozesłała do swoich Oddziałów następującą odezwę:

»Do walki z gruźlicą, która tak znaczne czyni spustoszenia w kraju, stanęło w ostatnich czasach i nasze społeczeństwo Rola dominująca w tej walce przypaść musiała stanowi lekarskiemu, wśród którego jeszcze dawniej liczne i ofiarne jednostki a obecnie już i całe stowarzyszenia organizują skuteczną akcyę przeciw gruźlicy. By jednak akcya ta była potężniejszą i tem skuteczniejszą, winna złączyć wszystkich, a tem bardziej lekarzy do wspólnej, celów swych świadomej pracy. Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich, uznając całą doniosłość i wa-

żność sprawy, jaką jest walka z gruźlicą, w wykonaniu uchwały swego ostatniego Walnego Zgromadzenia wzywa Szanowny Oddział do organizacyi w swoim okręgu stowarzyszeń walki z gruźlicą, któreby każde z osobna i wszystkie razem planową pracę zwalczania i zapobiegania gruźlicy, w kraju zapoczątkowaną; wedle sił swoich dalej prowadziły. Dla ułatwienia organizacyi należy zwracać się do lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą (prezes prof. Dr Wiczkowski, Kościuszki 4), które udzieli z gotowością wszelkich informacyi.

Lwów, dnia 12. listopada 1913.

St. Zabłocki, gen. sekretarz. Machek, prezes.

XIX. Wiec Izb lekarskich austryackich we Lwowie trwać będzie dwa dni, a mianowicie 7. i 8. grudnia b. r., gdyż wobec zgłoszenia nowych wniosków jeden dzień okazał się na obrady niewystarczający.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 26. XI. b. r. posiedzenie wspólne z Towarzystwem technicznem. St. radca budownictwa Kłeczek wygłosił odczyt p. t. »O programie i warunkach konkursu dla regulacyi wylotu ul Wolskiej, sposobu zabudowania okolicznych miejskich gruntów, sposobu zużytkowania toru wyścigowego, oraz błoń miejskich«.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa JWP. Prymaryuszowi Drowi Fr. Murdzieńskiemu z Krakowa serdeczne podziękowanie za 200 nader cennych dzieł, ofiarowanych Bibliotece Towarzystwa.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego« zawiadamia P. T. Kolegów, że egzemplarze tańsze, bez notatników, są już wyczerpane, wobec czego zamawiać można tylko z notatnikami. Zarazem donosi, że rozesłano już wszystkim kalendarze, tak, że ci Koledzy, którzy dotąd kalendarza nie otrzymali, raczą go zareklamować w Redakcyi (św. Jana 18).

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 6. XI. przedstawiono m. i. komunikaty następujące: 1) A. Landau i M. Temkinówna: Studya nad zapaleniem nerek. Doniesienie I. 2) E. Flatau i J. Handelsman: Badania doświadczalne nad nagminnem zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych. 3) J. Skłodowski (przedstawił p. E. Flatau): Wahanie skojarzone gałek ocznych w przebiegu ogniskowego cierpienia mózgu.

— Sąd konkursowy, złożony z Drów Sokołowskiego, Dmochowskiego, Rzętkowskiego, Hewelkego i Erbricha, przyznał nagrodę 1000 franków z fundacyi Dr Alf. Sokołowskiego Dr Bolesławowi Dębińskiemu za dzieło p. t. »Dyagnoza gruźlicy«.

— Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymało w ostatnich czasach w zapisach i darach na ogólne cele Towarzystwa 8533 rb., na instytut biologiczny 302 rb., na pracownię antropologiczną 230 rb.

Łódź. Ministeryum spraw wewnętrznych w Petersburgu nie zgodziło się na projekt regestracyi zgonów, opracowany przez łódzkie Towarzystwo lekarskie. Według tego projektu miało być utworzone osobne biuro statystyczne, któreby zajmowało się tą sprawą. Obecnie Łódź jest jedynem miastem w Królestwie Polskiem, w którem niema regestracyi zgonów.

Z różnych stron. Wydział lekarski paryski uchwalił na wniosek prof. Landouzyego utworzyć osobną katedrę »higieny pierwszego dziecięctwa«, która ma być powierzona Variotowi albo Marfanowi.

— Zakład Pasteura w Paryżu obchodził 16. XI. b. r. dwudziestopięciolecie istnienia, przyczem przemawiali dyrektor zakładu Dr Roux i prezydent republiki Poincaré.

— Prof. Bechterew, znakomity uczony, twórca i prezes instytutu psychoneurologicznego w Petersburgu, nie został zatwierdzony na tem stanowisku przez ministra oświaty na nowe pięciolecie.

Redakcya otrzymała: Reis i Reisowa: Aparat Golgi-Kopscha i wtręty śródkomórkowe — przyczynek do histologii komórek nabłonkowych spojówki i mieszka jagliczego. (»Tygodnik lek.« 1913). — J. Jaworski: O rokowaniu w ciąży u kobiet chorych na gruźlicę. (»Gaz. lek.« 1913). — Sędziak: Nowotwory złośliwe w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach. (»Gaz. lek.« 1913). — Maziarski: 1) Sur la persistance des résidus fusoriaux pendant les nombreuses générations cellulaires au cours d'ovogenèse de Vespa vulgaris L. (»Archiv f. Zellforschung« 1913). — 2) Ś. p. Adam Bochenek (życiorys). (»Nowiny lek.« 1913). — Sedziak: 40-lecie działalności naukowo-lekarskiej Dr A. Sokołowskiego (»Nowiny lek.« 1913). — W. Radecki: Psychologia kojarzenia wyobrażeń. Warszawa 1913, str. 144. — Saugman: Internationales System zur Abkürzung des Lungenbefundes. — Higier: 1) Endothelioma psammosum am Boden des 3. Hirnventrikels etc. (»Neurol. Centrbl.« 1913). 2) Epileptiforme Lähmungsanfälle ohne Krampf etc. (»Zeitschr. f. d. ges. Neur.« 1913). 3) Z neurologii serca i naczyń. (»Med. i Kron. lek.« 1913). 4) Śródbłoniak — piaszczak na dnie III komory i t. d. (»Gaz. lek.« 1913). — Mikulski: Ein Beitrag zur Methodik der Aufmerksamkeitprüfung. (»Klinik f. psych. u. nerv. Krankheiten« 1913). —

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. R. IV. Zesz. XI. (Monachium 1913, J. F. Lehmann). Cena zeszytu 1·50 Mk., całego rocznika 16 Mk.

Zeszyt ten zawiera z zakresu okulistyki artykuły prof. W. Kraussa o chorobach dróg łzowych, o kile narządu wzroku i salwarsanie. o etyologii i leczeniu jaskry, a z zakresu dentystyki rozprawę prof. Diecka o rwie twarzowej, wywołanej przez schorzenia zębów. Bardzo ciekawym przyczynkiem z nowej dziedziny jest zawarty w tym zeszycie artykuł prof. Preysinga: O leczeniu chirurgicznem chorób przysadki mózgowej.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1913.

Gazeta lek. Nr 44—48.: Szmurło: Tonsillotomia czy tonsillektomia? (44). — Klein: Nowy prosty sposób barwienia krwi i tkanek zapomocą »polichromu« (44). — Hertz i Erlichówna: (dok. 44). — Pruszyński: Działalność naukowa Dr Alfreda Sokołowskiego. Spis prac jego i jego asystentów (45). — Bączkiewicz: Z kazuistyki intubacyi krtani u dzieci (45). — T. Borzęcki: W sprawie wskazań i przeciwwskazań do stosowania odmy piersiowej (45). — Budzyński: Praca fizyczna w zakładach dla chorych piersiowych (45). — Dębiński: Wartość terapeutyczna tuberkuliny i wskazania do jej stosowania (45). — Dębiński i Tuz: Próby określania gruźlicy czynnej i nieczynnej zapomocą odczynów tuberkulinowych z określeniem miana tuberkuliny (45). — Dmochowski: Patologia cellularna w obecnym okresie swego rozwoju (45). — Erbrich: O stosunku przewlekłych zapaleń migdałków do niektórych cierpień narządów wewnętrznych, jakoteż do miejscowych cierpień gardzieli i samych migdałków (45). — Gałecki: Inspekcya i palpacya klatki piersiowej w rozpoznaniu gruźlicy płucnej (45). — J. Brunner i Cz. Jakubowski: Leczenie twardzieli autowakcyną (45). — J. Jaworski: O rokowaniu w ciąży u kobiet chorych na gruźlicę i o znaczeniu dla rokowania t. zw. prawa Veita (45). — Łogucki: 1) O acetonemii. 2) O otwieraniu ropni okołomigdałkowych (45).— Sędziak: Nowotwory złośliwe w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach (45). — Szmurło: O zgorzeli zewnętrznego przewodu słuchowego (45). — Świeżyński: Przyczynek do leczenia suchot płucnych zapomocą sztucznej odmy piersiowej (45). — Tuz: Przyczynek do statystyki wysięków opłucnej i stosunek ich do gruźlicy (45). — K. Zieliński: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w uszach, w drogach oddechowych i pokarmowych (45).— K. Dąbrowski: Przypadek teratoidu gardzieli (45). — Nengebauer: Przypadek »missed labour« (46). — Urstein: Nowsze badania biologiczne i ich zastosowania w patologii (dok. 46). — Goldberg i Oczesalski: Przypadek wodowstrętu z zajęciem opon mózgowo-rdzeniowych (47—48). — Wagner: Dwa przypadki porażenia piorunem (47—48).

Medycyna i Kronika lek. Nr 45—47.: Dzisiejsi jubilaci. (Życiorysy Drów Arnsteina, Bielińskiego, Boryssowicza, Dziedzickiego, Muszalskiego, Sieragowskiego, Sobolewskiego, Sokołowskiego, Wejssla, Żery). (45) —J. Zawadzki: Życiorys M. Rejchmana (46). — Goldbaum: Wrzód dwunastnicy (46). — Grundzach: O rozpoznawaniu i leczeniu biegunek pochodzenia nerwowego (46). — Halpern: O morfologicznych własnościach krwi w moczówce cukrowej (46). — R. Hertz: O określaniu azotu niebiałkowego we krwi metodą Yvona oraz Kjeldahla (46). — Judt: Rentgenografia wątroby (46). — Justman: Przypadek samoistnego rozszerzenia dolnego odcinka esicy (46). — A. Landau i Temkinówna: Kilka uwag o pieczywie dla chorych cukrzycych (46). — Maliniak: Niezwykły przypadek gruźliczego zapalenia otrzewnej (46). — Maybaum: Stan obecny nauki o wrzodzie dwunastnicy (46). — Robin i Przywieczerski: O zgłębniko-

waniu dwunastnicy (46). — Sierpiński: Przypadek zwiśnięcia poprzecznicy z zagięciem ósemkowatem (46). — Srebrny: O oddziaływaniu chorób narządu oddechowego na przewód pokarmowy etc. (46). — Tuchendler: Przyczynek do nauki o owrzodzeniach dolnego odcinka kiszek (46). — Wejnert: W sprawie niedomogi wydzielniczej niezłośliwej żołądka (46). — J. Zawadzki: O t. zw. nieżycie śluzowobłoniastym okrężnicy (46). — Czarkowski: O stosowaniu szczepionki przeciwko płonicy (47). — Krukowski: W sprawie szczepionek przeciwpłoniczych podług Gabryszewskiego (47), — Zawadzki J.: Punkta bolesne brzucha i klatki piersiowej (dok. 47).

Tygodnik lek. Nr 44—47.: Czyżewicz: Kilka dalszych uwag w sprawie niepowściągliwych wymiotów u ciężarnych, z uwzględnieniem dzisiejszego stanowiska nauki w tym przedmiocie (44—47). — Józef Hornowski: Badania anatomo-patologiczne nad stosunkiem grasicy do gruczołów przytarczycznych i nadnerczy oraz nad zachowaniem się jej przy status lymphaticus, thymicus i thymicolymphaticus (44—46). — Gluziński: Leczenie tężca wstrzykiwaniami podskórnemi większych dawek kwasu karbolowego (45). — Czarnik: O nowszych urządzeniach w szpitalach dla dzieci (45—47). — Franke: Badania nad zachowaniem się układu nerwowego wegetatywnego w okresie miesiączkowym kobiety wraz z uwagami o związku między »wewnętrznem wydzielaniem« a miesiączką (46—47).

Nowiny lekarskie. Nr 11.: Sędziak: Czterdziestolecie działalności naukowo-lekarskiej Dr Alfreda Sokołowskiego. — Karwowski: Próby leczenia rzeżączki solami żółciowemi. — Kapuściński: Przejawy gruźlicy w zachorzeniach ocznych z uwzględnieniem dyagnozy i terapii. — Dziembowski: O rozpoznawaniu chorób stawowych.

Lekarz wileński Nr 10.: Szabad: Przypadek wrzekomomleczowej puchliny brzusznej. — Dąmbrowski: Rzadki przypadek urazu oka. — M. Br.: Historica. Apteki na Litwie.

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 4—6.: Karwacki i Zaleski: Przypadek rumienia wysiękowego wielokształtnego.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Zesz. 6.: S. Ł.: Dr St. Kamieński (życiorys). — Gromski: O urobilinuryi w płonicy. — Mamrot: Moczówka prosta i niedorozwój narządów płciowych.

Postęp okulist. Nr 9—10.: Wicherkiewicz: 1) Wielkie ciało obce pod spojówką gałkową. 2) Samoistne usunięcie się soczewki z oka jaskrą dotkniętego. — Noiszewski: Excavatio scleropapillaris et excavatio infundibuliformis bulbi.

Zdrowie Nr 11.: Czarkowski H.: O stosowaniu szczepionki przeciwko szkarlatynie w celach zapobiegawczych. — Hewelke: Nowe prawo o ubezpieczeniu robotników. — Fidler: Stan szpitalnictwa oraz ruch chorych w szpitalach ziemi Radomskiej.

Słowo lek. Nr. 20—21.: Helbich: Honoraryum lekarskie w kasach chorych. — Fischer: O lekarskim obowiązku donoszenia. — Grzybowski: Studenci jako robotnicy. — Zaostrzenie walki lekarzy z kasami chorych w Niemczech. — Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi (c. d.).

Nasze Zdroje Nr 23—24.: Bandrowski: O sejmową kuryę wyborczą dla zdrojowisk i uzdrowisk. — Sprawa klęski tegorocznej. — Deputacya Związku w Wiedniu. — Albinowska: O pokarmach w pracy i spoczynku. — Ashkenazy: Leczenie promieniami słońca.

Redaktor odpowiedzialny
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 3. grudnia 1913 o godz. 6 wieczór w klinice chirurgicznej.** Na porządku dziennym: Przedstawienie przypadków chorobowych z kliniki chirurgicznej.

Nadesłane.

Kursa dla lekarzy

urządzone staraniem grona prymaryuszy Szpitala powszechnego **we Lwowie** w czasie **od dnia 11. do 30. grudnia b. r.**

Grono prymaryuszy Szpitala krajowego we Lwowie, uznając wielokrotnie stwierdzoną potrzebę kursów uzupełniających dla lekarzy, powzięło myśl urządzenia takich kursów w roku bieżącym. Całość podzielono na poszczególne grupy, jak następuje:

Grupa I. Medycyna wewnętrzna, chor. układu nerwowego, choroby dzieci: 1) Prym. prof. dr. Wiczkowski: Nowsze zdobycze w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wewn. 2) Prym. dr Ziembicki Witold: a) Teorya i praktyka w nauce o wydzielaniu wewnętrznem; b) Dyagnostyka pomocnicza przy łóżku chorego (z ćwiczeniami w badaniu krwi, wysięków, wydalin i wydzielin). 3) Prym. doc. dr Orzechowski: Nowsze zdobycze w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerwowych. 4) Dr Begleiter: Ćwiczenia z zakresu rzeczoznawstwa w przypadkach nerwic urazowych. 5) Prym. dr Czarnik: Nowsze zapatrywania na etyologię i leczenie przewodu pokarmowego u osesków. 6) Dr Quest: a) O drgawkach u dzieci; b) Skaza wysiękowa, zołzy i gruźlica; c) O nadmiernem i niedostatecznem karmieniu u dzieci; d) O nowszych prądach w leczeniu płonicy.

Grupa II. Chirurgia i położnictwo: 1) Prym. prof. dr Ziembicki Grzegorz: Ćwiczenia w chirurgii nagłej. 2) Prym. prof. dr Schramm: Leczenie następstw porażenia dziecięcego. 3) Prym. prof. dr Sołowij: a) Leczenie gorączki połogowej; b) Nowsze kierunki w postępowaniu położniczem.

Grupa III. Okulistyka i otyatrya. 1) Prym. prof. dr Machek: Terapia chorób ocznych (z demonstracyami). 2) Prof. dr Bednarski: Rozpoznawanie i leczenie chorób spojówki i rogówki u dzieci. 3) Dr Toczyski: Leczenie jaglicy lekami, sposobami mechanicznymi i operacyjnymi (z przedst. chorych). 4) Dr Spalke: a) Badanie i leczenie chorób uszu z praktycznemi ćwiczeniami na chorych ambulatoryjnych; b) Narząd słuchowy w ostrych chorobach zakaźnych. 5) Dr Berlstein: Ćwiczenia praktyczne w badaniu błędnika ze wskazówkami rozpoznawczemi.

Grupa IV. Choroby skórne, weneryczne i urologia: 1) Prym. dr Lenartowicz: Bakteryologia i serologia w zastosowaniu do chorób wenerycznych. 2) Prym. dr Świątkiewicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych. 3) Dr Leńko: Zwięzłe omówienie najważniejszych działów chirurgicznej urologii z pokazami i ćwiczeniami prakt.

Grupa V. Pracownia chemiczno-bakt. i rentgenologiczna. 1) Doc. dr Hołobut: Ćwiczenia w pracowni chemiczno-bakteryol. 2) Dr Sabat: Rentgenologiczne badanie przewodu pokarmowego.

Nadto, w dniu wolnym od wykładów (niedziela 14. grudnia), odbędzie się zwiedzenie Krajowego Zakładu dla chorób zakaźnych z przedstawieniem urządzenia i materyału klinicznego (Prym. dr Arnold i dr Aleksiewicz).— Czesne za udział w kursach z prawem dowolnego wyboru wykładów i bez względu na ilość godzin wynosi kor. 30. Zgłoszenia należy nadsyłać najpóźniej do dnia 20. listopada na ręce Dyrekcyi Szpitala krajowego we Lwowie (Dyr. dr Józef Starzewski).